

QUESTIONNAIRE LYMACTION

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

- Nom de naissance :
- Nom d'épouse :

- Prénoms :

- Date et lieu de naissance :

- Adresse postale :

- Courriel :

- Téléphone :

- SITUATION : Marié(e) célibataire pacsé(e)

- ENFANTS (prénom, nom, date naissance) :

SITUATION PROFESSIONNELLE :

- Dernier emploi occupé et/ou rapide résumé de situation :

- Situation professionnelle du compagnon ou compagne éventuel(le) :

PARCOURS DE SANTE :

- Date premiers symptômes et description :
- Pique de tique (OUI/NON) et endroit de la pique :
- Présence d'un érythème (OUI/NON), et photographie datée le cas échéant :
- Sérologie (oui ou non), si oui, joindre tous les documents :
- Traitement suivi (rapidement exposé) :
- Noms des différents médecins rencontrés/établissements consultés :
- Situation actuelle et évolution (*description sur le plan physique, professionnel, psychologique, personnel, familial...*) :
- Si perte d'emploi en lien avec état de santé :
- Si fin de versement indemnités journalières, en préciser la date :
- Si aptitude reconnue par la CPAM, le mentionner et joindre documents :

MANDAT :

A reproduire à la main, date et signature :

"Je soussigné...nom et prénom, né(e) le ... à ..., donne mandat à :

Maître Catherine FAIVRE Avocat au Barreau d'EPINAL

Et

Maître Julien FOURAY Avocat au Barreau d'EPINAL

Constituant la cellule

« Droits et recours pour la reconnaissance de la maladie de Lyme, ses conséquences et leur indemnisation », pour :

Engager toute action amiable ou judiciaire tant sur le plan pénal que sur le plan civil, utile à la consécration de mes droits, notamment, aux fins d'indemnisation.

Je les autorise également à exploiter les documents médicaux remis par mes soins pour assurer ma défense. »

A rédiger et signer par les deux responsables légaux en cas d'action pour des enfants mineurs.

DATE

SIGNATURE

JOINDRE TOUS DOCUMENTS ET JUSTIFICATIFS UTILES :

Dont obligatoirement :

- Copie carte identité
- Livret de famille
- Sérologies ELISA et WESTERN BLOT et certificats descriptifs
- Copie du dossier médical sollicité auprès des différents médecins ou établissements fréquentés au cours des 10 dernières années.
- Coordonnées de l'éventuelle assurance de protection juridique

Formulaire, mandat et documents à adresser à l'adresse postale du cabinet qui centralise la gestion administrative des dossiers :

*Maître Catherine FAIVRE
Avocat
20, place des Vosges
88000 EPINAL*

Ou exclusivement à l'adresse mail suivante : lymaction@avocatline.com

Les courriels ne doivent être adressés QUE sur cette adresse :

lymaction@avocatline.com