



Medische Machtiging

(Dossiernummer _____)

Ondergetekende,

Naam : _____
Adres : _____
Postcode/woonplaats : _____
Geboortedatum : _____
BSN : _____

machtigt hierbij:

- a. de onderstaande arts(en) en behandelaar(s);
- b. de medisch adviseur van de wederpartij;
- c. de geneeskundige dienst van de uitvoeringsorganen van de Sociale Wetten;

om aan de door de Stichting Letselschade Twente, h.o.d.n. Drost Letselschade, ingeschakelde medisch adviseur(s) alle informatie te verstrekken die gevraagd wordt in verband met het ondergetekende op _____ overkomen ongeval c.q. voorval.

De inlichtingen hebben betrekking op de aard van het letsel, de behandeling, de eventuele complicaties, de te verwachten duur van het herstel, alsmede de ontvangen informatie uit de behandelend sector.

Ondergetekende gaat ermee akkoord dat de medisch adviseur(s), indien en voor zover dat nodig is, in het kader van de schadebehandeling de betrokken medewerkers en adviseurs van Drost Letselschade informeert omtrent de verstrekte inlichtingen. Deze medewerkers en adviseurs zullen van de verkregen informatie alleen strikt vertrouwelijk gebruik maken. Tevens machtigt ondergetekende de medewerkers en adviseurs van Drost Letselschade om alle verkregen medische informatie in afschrift te zenden aan de medisch adviseur van de wederpartij.

Medisch behandelaar:

Zorginstelling : _____
Specialisme : _____
Naam : _____
Adres : _____
Postcode/woonplaats : _____

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening:

(Naam)