

MEDISCHE MACHTIGING

Holland Juridische Dienstverlening
Postbus 4197
3102 GD Schiedam
T 010 4713263
KvK nummer : 24438519
BTW nummer : NL 1828.19.966.B01

Ondergetekende,

Naam en Voorletters :

Geboortedatum :

Adres :

Woonplaats + Postcode :

Telefoonnummer :

BSN nummer :

Is betrokken geweest bij een ongeval op en liep daarbij letsel op. De belangen van ondergetekende worden behartigd door Holland Juridische Dienstverlening.

Om tot een oprechte beoordeling van de gevolgen van het ongeval te komen machtigt ondergetekende, op grond van zijn/haar inzagerecht en onder ontslag van de geheimhoudingsplicht, uitdrukkelijk de arts(en) en therapeut(en) die in het kader van de behandeling van de letselschadezaak worden benaderd om namens hem/haar de benodigde medische informatie van zowel voor als na de datum van het ongeval te verstrekken aan de medische adviseur(s) van Holland Juridische Dienstverlening.

Tevens verleent ondergetekende toestemming, om uitsluitend de medische gegevens welke naar diens oordeel voor behandeling van zijn/haar zaak van belang zijn, ter kennis te brengen aan (schade) behandelde medewerkers van Holland Juridische Dienstverlening en derden, zoals de medisch adviseur(s) van de betrokken verzekeringmaatschappij(en) en/of de keurend (onafhankelijk) arts(s).

Door ondertekening van deze machtiging ontslaat ondergetekende de arts(en) of therapeut(en) van de verplichting de verstrekken inlichtingen eerst aan hem/haar ter beoordeling voor te leggen.

Plaats :

Datum :

Handtekening :