

Machtiging opvragen en uitwisseling medische gegevens

Uitwisseling van medische gegevens in verband met arbeidsverzuim.

Dossiernummer: _____

Datum: ____ - ____ - 20 ____

Ondergetekende,

Naam en voorletters : _____

m/v *

Geboortedatum : ____ - ____ - ____

Burger Service Nummer (BSN) : _____

machtigt:

de medisch adviseur werkend in opdracht van Jurex Legal Services B.V.

om de relevante medische informatie op te vragen bij de betrokken c.q. behandelende artsen ten behoeve van het loonregres van de werkgever.

Naam werkgever : _____

Deze medische informatie wordt **alleen en uitsluitend** gebruikt door Jurex Legal Services B.V. ter onderbouwing van het loonregres in opdracht van de werkgever naar aanleiding van het voorval/ongeval:

Datum voorval/ongeval: ____ - ____ - 20 ____

Deze machtiging:

- geldt **uitsluitend** voor het opvragen van medische informatie die betrekking heeft op genoemd voorval/ongeval dat de oorzaak is van de arbeidsongeschiktheid voor zover dit nodig is ter onderbouwing van het loonregres.
- blijft geldig zolang Jurex Legal Services B.V. het loonregres als gevolg van genoemd voorval/ongeval ten behoeve van de genoemde werkgever in behandeling heeft.

Vervolgens:

- Ondergetekende verleent **wel/geen*** toestemming de ten behoeve van hier bovengenoemde loonregres opgevraagde medische informatie beschikbaar te stellen aan **uitsluitend** de medisch adviseur of arts van de verzekeringsmaatschappij c.q. belangenbehartiger van de aansprakelijke partij.
- Ondergetekende geeft **wel/geen*** toestemming voor eventueel nader overleg met de betrokken en/of behandelende artsen.

Deze toestemming betreft uitsluitend onderling overleg en/of afstemming, noodzakelijk om over voldoende medische informatie te beschikken ter beoordeling van het loonregres van de genoemde werkgever.

Het is mij duidelijk wat de strekking is van deze machtiging voor het opvragen en uitwisselen van medische gegevens.

Datum:

Handtekening:

Huisarts:

Naam Praktijk/Instelling : _____

Naam huisarts : _____ m/v

Adres : _____

Pc + Woonplaats : _____

Bedrijfsarts:

Naam Arbodienst : _____

Naam bedrijfsarts : _____ m/v

Adres : _____

Pc + Woonplaats : _____

Gegevens overige behandelende artsen/chirurgen /(fysio-)therapeuten/ etc.:

Naam Praktijk/Instelling : _____

Naam arts/behandelaar : _____ m/v

Adres : _____

Pc + Woonplaats : _____