



MEDISCHE MACHTIGING

(toestemming voor het opvragen en gebruiken van medische informatie)

HIERBIJ GEEF IK (benadeelde patiënt):

Naam:	Geboortedatum:
Straat:	
Plaats + Postcode:	Telefoonnummer:

MET BETREKKING TOT (datum + korte omschrijving schadeveroorzakende gebeurtenis):

Korte omschrijving gebeurtenis:	Datum gebeurtenis:
---------------------------------	--------------------

TOESTEMMING AAN (behandelend arts / instelling):

Het academisch ziekenhuis Maastricht UMC+	
Behandelend arts:	Specialisme:
Afdeling:	

OM (aankruisen welke informatie wordt gevraagd):

<input type="checkbox"/> Medische informatie die rechtstreeks betrekking heeft op bovengenoemde gebeurtenis
<input type="checkbox"/> Medische informatie die niet direct te maken heeft met de bovengenoemde gebeurtenis, zoals beschreven in de begeleidende brief d.d.
<i>In dat geval moet duidelijk worden beschreven om welke informatie het precies gaat en waarom deze informatie noodzakelijk is voor de beoordeling van uw zaak.</i>

TE VERSTREKKEN AAN de aansprakelijkheidsverzekeraar van het Maastricht UMC+, Everest Insurance en eventueel door Maastricht UMC+ in te schakelen (medisch) adviseur, consultant en schade adviesbureau Sedgwick, DEKRA Personenschade of McLarens, welke van de verkregen informatie strikt vertrouwelijk gebruik maken.

Maastricht UMC+ Adres: Postbus 5800, 6202 AZ	Dossiernummer: CL-.... Plaats: Maastricht
---	--

DATUM:

ONDERTEKENING (door benadeelde of diens wettelijke vertegenwoordiger):

.....

Indien een wettelijk vertegenwoordiger van de patiënt informatie opvraagt:

Naam vertegenwoordiger:
Relatie tot benadeelde:
Adres:
Handtekening:

Kopie/scan van legitimatiebewijs toevoegen.

* Bijlage: Toelichting gebruik medische informatie (naar het model van de Letselschade Raad 2013)