

MEDISCHE MACHTIGING

TMH Letselschade
Postbus 4197
3102 GD Schiedam

KvK nummer: 24450319
BTW nummer: L182819887B01

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 TMH Letselschade.

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 TMH Letselschade.

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 TMH Letselschade en derden, zoals de medisch adviseur(s) van de betrokken verzekeringsmaatschappij(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 :