



Machtiging opvragen en uitwisseling medische gegevens

Uitwisseling van medische gegevens in verband met arbeidsverzuim.
(Standaard Machtigingsformulier volgens de KNMG richtlijnen)

Dossiernummer: _____

Datum: ____ - ____ - 20 ____

Ondergetekende,

Naam en voorletters : _____ m/v *

Geboortedatum : ____ - ____ - ____ (dd/mm/jjjj)

Burger Service Nummer(BSN) : xxxxxxxxx

machtigt:

Westerweel Intermediair om in opdracht van Tenvo B.V. (afdeling Regres) te Hoevelaken 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 Tenvo B.V. ter onderbouwing van het loonregres in opdracht van de werkgever naar aanleiding van het voorval/ongeval:

Datum (voorval/ongeval) : ____ - ____ - 20 ____ (dd/mm/jjjj)

Deze machtiging:

- geldt **uitsluitend** voor het opvragen van medische informatie die betrekking (heeft) hebben op genoemd voorval/ongeval dat de oorzaak is van de arbeidsongeschiktheid voor zover die nodig zijn ter onderbouwing van het loonregres.
- blijft geldig zolang Tenvo 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, ondergetekende, duidelijk wat de strekking is van deze machtiging voor het opvragen en uitwisselen van medische gegevens.

Naam: _____

Handtekening : _____

Gegevens huisarts en bedrijfsarts:

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 : _____

Naam Praktijk/Instelling : _____
Naam arts/behandelaar : _____ m/v
Adres : _____
Pc + Woonplaats : _____

Naam Praktijk/Instelling : _____
Naam arts/behandelaar : _____ m/v
Adres : _____
Pc + Woonplaats : _____

Zijn er meer behandelaars betrokken bij uw behandeling, dan graag de gegevens als hierboven separaat bijvoegen.