

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE DANYCH MEDYCZNYCH

W celu uzyskania/przekazania informacji medycznych

Numer naszej sprawy:

Data wypadku: _____

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę i upoważniam RANDSTAD Personenschade B.V. do wystąpienia o informacje medyczne dotyczące szkody osobowej doznanej w związku z wypadkiem w wyżej wskazanym dniu.

Jednocześnie niniejszym unieważniam wszelkie wcześniej udzielone pełnomocnictwa medyczne.

Nazwisko: _____

Imię: _____

Data urodzenia: _____

Adres: _____

Kod pocztowy i miejscowość: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

W celu prawidłowego wykonania powyższych czynności przez RANDSTAD Personenschade B.V., wyrażam zgodę na następujące:

1. Upoważniam RANDSTAD Personenschade B.V. – mojego pełnomocnika – do reprezentowania mnie wobec placówek medycznych i personelu medycznego.
2. Upoważniam RANDSTAD Personenschade B.V. i/lub lekarza doradcę firmy, na podstawie przysługującego mu prawa wglądu i z wyłączeniem tajemnicy lekarskiej, do występowania o dokumentację i informacje medyczne od:
 - a. Lekarza rodzinnego;
 - b. Terapeutów prowadzących leczenie;
 - c. Lekarzy specjalistów i/lub biegłych;
 - d. Lekarzy orzeczników ubezpieczeniowych;
 - e. Lekarzy medycyny pracy z ramienia służb BHP (Arbodienst);

f. Wszystkich niezależnych lekarzy/specjalistów/biegłych, z którymi miałem/miałam kontakt;

g. Lekarza doradcy firmy: ...

3. Zwracam się z prośbą do RANDSTAD Personenschade B.V. o przekazanie uzyskanej dokumentacji medycznej lekarzowi doradcy strony przeciwnej, a w razie potrzeby – także lekarzowi doradcy ubezpieczyciela od następstw nieszczęśliwych wypadków.

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią powyższej zgody i akceptuję jej postanowienia.

Jestem świadomy/a sposobu, w jaki moje dane medyczne będą wykorzystywane przez RANDSTAD Personenschade B.V.

Miejscowość: _____

Data podpisu: _____

Imię i nazwisko: _____

Podpis: _____