

UPOWAŻNIENIE MEDYCZNE MEDIFORENSIS

Niżej podpisany (a):

nazwisko i inicjały :
data urodzenia :
ulica i numer domu :
kod pocztowy i miejscowość :

niniejszym udziela upoważnienia i zwraca się z prośbą do:

- a. lekarzy, którzy prowadzili, bądź prowadzą jego/jej leczenie;
- b. przeprowadzających kontrole lekarzy lub służby medyczne ubezpieczyciela (i), ubezpieczających jego/ją prywatnie lub zbiorowo, i/lub doradców medycznych ubezpieczyciela strony przeciwnej;
- c. przeprowadzających kontrolę lekarzy lub służby medyczne organów wykonawczych prawa społecznego;
- d. lekarza zakładowego oraz Arbo-lekarza;
- e. psychologów, GZ- psychologów, psychologów pierwszego kontaktu lub psychologów klinicznych;
- f. jak również wszystkich medyków i paramedyków

aby doradcom medycznym, związanym z biurem porad medycznych MediForensis BV

udzielali wszelkich informacji, o które zostaną poproszeni, w związku z wypadkiem, który miał miejsce w dniu - -.....

Jednocześnie niżej podpisany (a) upoważnia również do udzielenia informacji poprzedzających leczenie, jeśli zostanie wyrażona taka prośba.

Niżej podpisany (a) wyraża zgodę na to - o ile jest to konieczne w kwestii sprawy odszkodowania - że zostanie udostępniony przez doradcę medycznego wgląd do historii choroby osobie prowadzącej sprawę z którą doradca medyczny tworzy jedność funkcjonalną. Na zakończenie niżej podpisany (a) upoważnia jedność funkcjonalną do udzielenia wglądu do informacji medycznych do celu podbudowy roszczeń odszkodowawczych dla doradcy medycznego towarzystwa ubezpieczeniowego OC lub/oraz ubezpieczyciela powypadkowego.

.....(miejscowość),(data)

..... (podpis)