

Waarom dit formulier?

Om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen, moet de (verzekerings)arts van UWV over relevante medische gegevens beschikken. De (verzekerings)arts moet daarom uw medische gegevens kunnen opvragen bij uw behandelend arts.

Het is ook mogelijk dat uw behandelend arts medische gegevens van u opvraagt bij de (verzekerings)arts.

Ook kan het gebeuren dat uw gegevens ter beschikking gesteld moeten worden van een deskundige bij een medisch onderzoek of van de beroepsrechter bij een beroepszaak.

Met dit formulier geeft u een machtiging om deze gegevens uit te wisselen.

Invullen door medewerker UWV 1 Verzekerde

Voorletters en achternaam	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Adres	<input type="text"/>	
Postcode en plaats	<input type="text"/>	
Geboortedatum	<input type="text"/>	
Burgerservicenummer	<input type="text"/>	

2 Medische gegevens

Naam (verzekerings)arts	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Verzekeringsarts <input type="checkbox"/> Arts
Uw medische gegevens worden gevraagd in het kader van de beoordeling van de wettelijke regeling.	<input type="checkbox"/> WIA <input type="checkbox"/> WAO <input type="checkbox"/> WAZ <input type="checkbox"/> WAJONG <input type="checkbox"/> ZW <input type="checkbox"/>	
Naam, eventueel adres en functie van de arts met wie de (verzekerings)arts uw gegevens wil uitwisselen.	Naam arts	<input type="text"/>
	Adres/locatie	<input type="text"/>
	Functie	<input type="text"/>
Waarover wil de (verzekerings)arts gerichte informatie vragen/verstrekken?	<i>De uitwisseling van de gegevens zal in uitgewerkte vorm schriftelijk en/of telefonisch plaatsvinden.</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Invullen door verzekerde 3 Ondertekening

Ik ga akkoord met het uitwisselen van mijn medische gegevens, zoals hierboven is beschreven.

Datum en handtekening	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	----------------------





Machtiging uitwisselen medische gegevens

Waarom dit formulier?

Om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen, moet de (verzekerings)arts van UWV over relevante medische gegevens beschikken. De (verzekerings)arts moet daarom uw medische gegevens kunnen opvragen bij uw behandelend arts.

Het is ook mogelijk dat uw behandelend arts medische gegevens van u opvraagt bij de (verzekerings)arts.

Ook kan het gebeuren dat uw gegevens ter beschikking gesteld moeten worden van een deskundige bij een medisch onderzoek of van de beroepsrechter bij een beroepszaak.

Met dit formulier geeft u een machtiging om deze gegevens uit te wisselen.

Invullen door medewerker UWV 1 Verzekerde

Voorletters en achternaam Man Vrouw

Adres

Postcode en plaats

Geboortedatum - -

Burgerservicenummer

2 Medische gegevens

Naam (verzekerings)arts Verzekeringsarts Arts

Uw medische gegevens worden gevraagd in het kader van de beoordeling van de wettelijke regeling. WIA WAO WAZ WAJONG ZW

Naam, eventueel adres en functie van de arts met wie de (verzekerings)arts uw gegevens wil uitwisselen.

Naam arts

Adres/locatie

Functie

Waarover wil de (verzekerings)arts gerichte informatie vragen/verstrekken? *De uitwisseling van de gegevens zal in uitgewerkte vorm schriftelijk en/of telefonisch plaatsvinden.*

Invullen door verzekerde 3 Ondertekening

Ik ga akkoord met het uitwisselen van mijn medische gegevens, zoals hierboven is beschreven.

Datum en handtekening

Waarom dit formulier?

Om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen, moet de (verzekerings)arts van UWV over relevante medische gegevens beschikken. De (verzekerings)arts moet daarom uw medische gegevens kunnen opvragen bij uw behandelend arts.

Het is ook mogelijk dat uw behandelend arts medische gegevens van u opvraagt bij de (verzekerings)arts.

Ook kan het gebeuren dat uw gegevens ter beschikking gesteld moeten worden van een deskundige bij een medisch onderzoek of van de beroepsrechter bij een beroepszaak.

Met dit formulier geeft u een machtiging om deze gegevens uit te wisselen.

Invullen door medewerker UWV 1 Verzekerde

Voorletters en achternaam Man Vrouw

Adres

Postcode en plaats

Geboortedatum - -

Burgerservicenummer

2 Medische gegevens

Naam (verzekerings)arts Verzekeringsarts Arts

Uw medische gegevens worden gevraagd in het kader van de beoordeling van de wettelijke regeling WIA WAO WAZ WAJONG ZW

Naam, eventueel adres en functie van de arts met wie de (verzekerings)arts uw gegevens wil uitwisselen.

Naam arts

Adres/locatie

Functie

Waarover wil de (verzekerings)arts gerichte informatie vragen/verstrekken? *De uitwisseling van de gegevens zal in uitgewerkte vorm schriftelijk en/of telefonisch plaatsvinden.*

Invullen door verzekerde 3 Ondertekening

Ik ga akkoord met het uitwisselen van mijn medische gegevens, zoals hierboven is beschreven.

Datum en handtekening