

An die  
NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft  
Hypogasse 1, 2. Stock  
A-3100 St. Pölten

Eingangsvermerk

**Beschwerde über Gesundheitsdiensteanbieter  
Ersuchen um außergerichtliche Überprüfung**

**Betroffene Person**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Vertreterin/Vertreter** (wenn nicht betroffene Person selbst)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Im Verhältnis zur betroffenen Person bin ich:**

- bevollmächtigte Person (Vollmacht bitte beilegen)
- vorsorgebevollmächtigte Person (Bestätigung bitte beilegen)
- Erwachsenenvertreterin/Erwachsenenvertreter (Bestätigung bitte beilegen)
- Obsorge- und erziehungsberechtigte Person
- Rechtsanwältin/Rechtsanwalt
- Hinterbliebene/Hinterbliebener - nahe/r Angehörige/Angehöriger
- Vertrauensperson (betroffene Person muss selbst unterschreiben)
  
- Kontaktaufnahme und Korrespondenz soll mit der Vertreterin/dem Vertreter bzw. der Vertrauensperson erfolgen.

**Einrichtung gegen die sich die Beschwerde richtet**

**Gegen welchen Gesundheitsdiensteanbieter richtet sich die Beschwerde?**

(Krankenanstalt, Ärztin/Arzt, Langzeitpflege-Einrichtung, Hauskrankenpflege, Rehab-, Physio-, Therapiezentrum, Rettung, ...)

Name: \_\_\_\_\_ betroffene Abteilung/betroffener Bereich: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Datum der Aufenthalte bzw. Behandlungen (von - bis): \_\_\_\_\_

Beschwerdegrund: (formulieren Sie bitte kurz den Grund Ihrer Beschwerde):

## Darstellung aus Sicht der betroffenen Person

Hier haben Sie die Möglichkeit ausführlichere Angaben zu Ihrer Beschwerde zu machen:

**Ich bestätige, dass in derselben Sache derzeit kein zivilgerichtliches Verfahren anhängig ist**

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der betroffenen Person  
oder ihres Vertreters/ihrer Vertreterin  
Bei Vertretung: bitte Bestätigung über  
die Vertretungsbefugnis beilegen.



# VOLLMACHT

für die NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft  
3100 St. Pölten, Hypogasse 1, 2. Stock

## BETROFFENE PERSON

(Patientin/Patient, Bewohnerin/Bewohner, Vollmachtgeber/in)

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

## VERTRETERIN/VERTRETER

(nur, wenn die betroffene Person die Vollmacht nicht selbst erteilt)

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Vertretungsverhältnis (Nachweis gegebenenfalls beilegen): \_\_\_\_\_

## Umfang der Vollmacht:

1. Einholung und Einsicht in meine **Krankengeschichten** und anderer Gesundheitsdaten (z. B. Pflegedokumentation), insbesondere bei niedergelassenen (Fach-) Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Therapiezentren, (Sonder-) Krankenanstalten, Rettungsdiensten, Sozialversicherungen, Einrichtungen der mobilen und Langzeitpflege;
2. Einholung von **Gutachten** und **Sachverständigenstellungennahmen**;
3. **Weitergabe** oben genannter Daten und meiner Beschwerde/meines Antrages an die **betroffenen Stellen** (beschwerten Stellen), den **NÖ Patienten-Entschädigungsfonds** sowie an die **Schiedsstelle der Ärztekammer für NÖ**, an **Gutachter** und die zuständige **Haftpflichtversicherung**.
4. **Einverständnis zur elektronischen Verarbeitung der Daten im Zuge der Tätigkeit der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft.**
5. **Verwendung der Daten (unter Ihrem Aktenkennzeichen, nicht Ihrem Namen) zu Statistik- und Berichtszwecken.**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift, Name: \_\_\_\_\_

## Hinweise zur Vollmacht und zum Datenschutz

### Sinn und Zweck der Vollmacht:

Für unsere Überprüfung benötigen wir alle Behandlungsunterlagen (sowohl jene der betroffenen Einrichtung, als auch jene von vor- und nachbehandelnden Stellen). Damit wir diese Unterlagen anfordern können, benötigen wir Ihre Vollmacht. Es kann bei unserer Überprüfung notwendig sein, externe Stellen mit Ihrer Angelegenheit zu befassen (z. B.: Sachverständige, Haftpflichtversicherungen, Ärztekammer). Auch dafür benötigen wir eine entsprechende Bevollmächtigung zur Weitergabe Ihrer Daten.

### Vertretung der betroffenen Person (Vertretungsverhältnis):

Nur wenn die betroffene Person vertreten wird, geben Sie uns bitte bekannt, in welchem Vertretungsverhältnis Sie sich befinden:

- Bevollmächtigte Vertreterin/Bevollmächtigter Vertreter (bitte **Vollmacht** beilegen!)
- Elternteil eines minderjährigen Kindes (unter 18 Jahren)
- Vorsorgebevollmächtigte/Vorsorgebevollmächtigter (bitte **Bestätigung** beilegen!)
- Erwachsenenvertreterin/Erwachsenenvertreter (bitte **Bestätigung** beilegen!)
- Rechtsanwältin/Rechtsanwalt

Sollte die betroffene Person verstorben sein, geben Sie uns bitte bekannt, in welchem Verhältnis Sie zueinander standen.

### Widerruf der Vollmacht:

Sie können diese Vollmacht jederzeit widerrufen. Dies kann schriftlich (auf dem Postweg oder im elektronischen Verkehr per Fax an 02742/9005-15660 oder Email an [post.ppa@noel.gv.at](mailto:post.ppa@noel.gv.at)) oder mündlich (persönlich oder telefonisch unter der Telefonnummer 02742/9005-15575) erfolgen.

### Die NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft gründet ihre Tätigkeit auf das NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaftsgesetz (NÖ PPA-G). Gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) weisen wir Sie im Folgenden auf Ihre Rechte hin:

- Informationen über die Verwendung Ihrer Daten.
  - Über die weiteren Arbeitsschritte nach der Prüfung werden Sie gesondert informiert.
  - Ihre Daten werden in einem Papierakt gesammelt und elektronisch gespeichert.
- Sollten Sie einer Verarbeitungsart/einem Verarbeitungsschritt widersprechen, wird diese/r nicht durchgeführt, sofern wir gesetzlich nicht zu dazu verpflichtet sind.
- Auf Anfrage erfahren Sie die Namen etwaig beigezogener Personen, denen Ihre Daten weitergegeben wurden (etwa Sachverständige).
- Sie erhalten Auskunft über Ihre Daten und können Kopien Ihrer Krankengeschichte machen.
- Sie haben das Recht Berichtigung bzw. Vervollständigung falscher oder unvollständiger Daten zu verlangen. Sie werden nach Berichtigung/Vervollständigung von diesem Vorgang in Kenntnis gesetzt.
- Sie können die Einschränkung oder Einstellung der (weiteren) Bearbeitung durch die NÖ PPA verlangen. Im Falle einer Einschränkung werden die Daten (von der Speicherung abgesehen) nur mit Ihrer Einwilligung oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder zum Schutz der Rechte anderer Personen oder aus wichtigen Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses der Union oder eines Mitgliedstaates verarbeitet.
- Nach Abschluss eines Beschwerdeverfahrens werden Ihre Daten für die Dauer von 30 Jahren in unserem elektronischen Aktensystem und dem NÖ Landesarchiv aufbewahrt (Papierakt).
- Sofern sonstige gesetzliche Bestimmungen nicht dagegen sprechen, können Sie unter Abgabe eines Haftungsausschlusses nach Abschluss unserer Bearbeitung auch die Löschung Ihrer Daten beantragen. Selbstverständlich ist diese Erklärung davon nicht erfasst.
- Sie haben das Recht, Ihre Daten, die Sie uns zur Verfügung gestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und sie einer anderen Person zu übermitteln. Sofern es technisch möglich ist, können Sie auch die direkte Übermittlung von uns verlangen.
- Das Recht gilt nicht für Verarbeitungsschritte, die im öffentlichen Interesse liegen oder zur Wahrung unserer gesetzlichen Aufgaben nötig sind.
- Sie haben die Möglichkeit, Beschwerde bei der Datenschutzbehörde zu erheben.

Sollten Sie Fragen in Bezug auf die Verwendung Ihrer Daten haben, wenden Sie sich bitte jederzeit an Ihre zuständige Sachbearbeiterin/Ihren zuständigen Sachbearbeiter.