

VOLLMACHT

für die NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft

3109 St. Pölten, Tor zum Landhaus, Rennbahnstraße 29

PATIENT

Name: Geb. Datum:

Wohnadresse:

VERTRETER (*nur, wenn der Patient die Vollmacht nicht selbst erteilt*)

Name: Geb. Datum:

Wohnadresse:

Vertretungsverhältnis:.....

Umfang der Vollmacht:

1. Einholung und Einsicht in meine **Krankengeschichten** und anderer Gesundheitsdaten, insbesondere bei niedergelassenen (Fach-) Ärzten, Therapeuten, Therapiezentren, (Sonder-) Krankenanstalten, Rettungsdiensten, Sozialversicherungen, Pflege- und Hilfsdiensten;
2. Einholung von **Gutachten** und **Sachverständigenstellungen**;
3. **Weitergabe** oben genannter Daten an die **betroffenen Stellen** (beschwerten Stellen) sowie an die **Schiedsstelle der Ärztekammer für NÖ**, an **Gutachter** und **Haftpflichtversicherungen** des betroffenen Krankenhauses und/oder Arztes.

Datum:

.....
Unterschrift, Name

Beachten Sie bitte die Hinweise auf der Rückseite!

Hinweise zur Vollmacht

1. Sinn und Zweck:

Ihre Krankengeschichten unterliegen dem Datenschutz. Niemand darf Ihre Krankengeschichten ohne Ihre Zustimmung oder gesetzliche Ermächtigung weitergeben.

Für unsere Überprüfung benötigen wir alle Behandlungsunterlagen (sowohl jene der beschwerten 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.

2. Vertretung des Patienten (Vertretungsverhältnis):

Nur wenn der Patient vertreten wird, geben Sie uns bitte bekannt, in welchem Vertretungsverhältnis Sie sich befinden:

- a. Bevollmächtigter Vertreter (bitte legen Sie die schriftliche Vollmacht bei).
- b. Elternteil eines minderjährigen Kindes (unter 18 Jahren)
- c. Sachwalter
Sie wurden vom Gericht als Sachwalter des Patienten bestellt und Ihre Bestellung umfasst auch die Abgabe dieser Vollmacht (bitte Sachwalterbeschluss beilegen).
- d. Vorsorgebevollmächtigter (§§ 284f ff ABGB):
Sie sind Vertreter des Patienten im Rahmen einer Vorsorgevollmacht, die Ihnen auch das Recht zur Abgabe dieser Vollmacht einräumt. Der Patient ist selbst nicht mehr zur Besorgung der Ihnen anvertrauten Angelegenheiten in der Lage (aufgrund fehlender Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit bzw. mangelnder Äußerungsfähigkeit).
- e. Naher Angehöriger (§§ 284b ff ABGB):
Der Patient ist eine volljährige Person und derzeit nicht einsichts- und urteilsfähig und nicht in der Lage, die Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens zu besorgen. Nahe Angehörige sind: die Kinder, die Eltern, der Ehegatte oder eingetragene Partner, sowie der Lebensgefährte, wenn dieser mit der vertretenen Person seit mindestens drei Jahren im gemeinsamen Haushalt lebt.

Sollte der Patient verstorben sein geben Sie uns bitte bekannt, in welchem Verhältnis Sie zueinander standen.

Wird der Patient vertreten, erfolgt unsere weitere Korrespondenz und Kontaktaufnahme mit seinem Vertreter.

3. Umfang der Vollmacht:

Diese Vollmacht umfasst nur die Einholung und Weitergabe Ihrer Daten (Krankengeschichte).

4. Widerruf der Vollmacht:

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

Liebe Patientinnen und Patienten! Werte Angehörige!

Wir haben aufgrund der besseren Lesbarkeit in diesem Formular die männliche Ausdrucksform gewählt. Diese umfasst die weibliche in gleich wertschätzender Weise.