

VOLLMACHT

für die Patienten- und Behindertenanwaltschaft Burgenland

7000 Eisenstadt Marktstraße 3 - Technologiezentrum

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 **Sachverständigenstellungennahmen**;
3. **Weitergabe** oben genannter Daten an die **betroffenen Stellen** (beschwerten Stellen), den **Patienten-Entschädigungsfonds** sowie an die **Schiedsstelle der Ärztekammer für Bgld.**, an **Gutachter** und **Haftpflichtversicherungen** des betroffenen Krankenhauses und/oder Arztes.
4. **Einverständnis zur elektronischen Verarbeitung der Daten im Zuge der Tätigkeit der Patienten- und Behindertenanwaltschaft.**
5. **Verwendung der Daten (anonymisiert) zu Statistik- und Berichtszwecken.**

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. Nahe 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. Widerruf der Vollmacht:

Sie können diese Vollmacht jederzeit widerrufen. Dies kann schriftlich (im Postweg oder im elektronischer Verkehr per Fax an 02682/600-2171 oder Email an post.patientenanwalt@bgld.gv.at) oder mündlich (persönlich oder telefonisch unter der Telefonnummer 02682/600-2153) erfolgen.

Die Patienten- und Behindertenanwaltschaft Burgenland gründet Ihre Tätigkeit auf den gesetzlichen Auftrag aufgrund des Gesetz über die Burgenländische Gesundheits-, Patientinnen-, Patienten- und Behindertenanwaltschaft, LGBl. Nr.51/2000 idF LGBl. Nr. 39/2014.

Gemäß der neuen EU-Datenschutz Grundverordnung weisen wir Sie im Folgenden auf Ihre Rechte hin.

Ihre Rechte gemäß der DSGVO:

- Informationen über die Verwendung Ihrer Daten.
 - o Über die weiteren Arbeitsschritte nach der Prüfung werden Sie gesondert informiert.
 - o Ihre Informationen/Daten werden in einem Papierakt gesammelt und in einem elektronischen Akt gespeichert.
- Sollten Sie einer Verarbeitungsart/einem Verarbeitungsschritt widersprechen, wird diese/r nicht durchgeführt.
- Auf Anfrage erfahren Sie die Namen etwaig beigezogener Personen, denen Ihre Daten weitergegeben wurden (etwa Gutachter).
- 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 PAB 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 Landesarchiv aufbewahrt (Papierakt).
- Sofern sonstige gesetzliche Bestimmungen nicht dagegensprechen, 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:

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.