

Antrag auf Eröffnung eines Patientendossiers durch gesetzliche Stellvertretung

Verhältnis zu Patient*:

Angaben zum Patienten, für welchen das Patientendossier erstellt werden soll:

Name*:

Vorname*:

Geburtsdatum*:

Geschlecht*:

(männlich/weiblich/andere)

Strasse*:

Postleitzahl und Wohnsitz*:

Land*:

EPD bei einer anderen
Stammgemeinschaft*:

☐ Ja ☐ Nein

Welche Stammgemeinschaft:

Die Einwilligung tritt bei einem Wechsel in Kraft, sobald die notwendigen Zugriffsberechtigungen auf das eigene EPD eingerichtet wurden.

AHV-Nummer (13 Stellen)*:

Angaben zur gesetzlichen Stellvertretung:

Name*:

Vorname*:

Geburtsdatum*:

Geschlecht*:

(männlich/weiblich/andere)

Strasse*:

Postleitzahl und Wohnsitz*:

Land*:

E-Mail-Adresse*:

Mobiltelefonnummer*:

*Pflichtfeld

Post Sanela Health AG

Pfingstweidstrasse 60b | 8005 Zürich

+41 44 272 08 08 | info@post-sanela.ch | www.post-sanela.ch

Einwilligungserklärung für die Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers bei der Post Sanela Health AG (Betreiberorganisation der XAD-Stammgemeinschaft)

Ich bestätige, dass ich die Informationen zum Zweck und zur Funktionsweise des EPD sowie zu den Rechten des Inhabers des EPD sowie von dessen Stellvertretung erhalten und gelesen habe und ich stimme deren Inhalt zu (gemäss Informationsblatt zur Eröffnung eines EPD, verfügbar unter www.post-sanela.ch).

Ich bestätige, als gesetzliche Stellvertretung des genannten Patienten die Einwilligung für die Eröffnung eines EPD zu erteilen und die Stellvertretung für das EPD des oben genannten Patienten zu übernehmen.

Ich willige hiermit ein, dass die behandlungsrelevanten Gesundheitsdaten im Behandlungsfall von den behandelnden Gesundheitsfachpersonen in das elektronische Patientendossier übertragen werden. Die zum Zugriff berechtigten Gesundheitsfachpersonen können die behandlungsrelevanten Dokumente im Behandlungsfall einsehen und bei Bedarf in ihr eigenes Informationssystem übertragen. Gemäss dem schweizerischen Datenschutzgesetz steht dem Patienten ein umfassendes Auskunfts- und Berichtigungsrecht zu.

Ich habe die AGB der Post Sanela Health AG zur Kenntnis genommen.

Ich habe das Recht, diese Erklärung jederzeit zu widerrufen.

Bei Aufhebung der gesetzlichen Stellvertretung (z.B. bei Erreichung der Volljährigkeit des Patienten) erlischt die vorliegende Einwilligung. Die gesetzliche Stellvertretung ist dafür besorgt, dass in diesem Fall der Patient eine Einwilligungserklärung gegenüber der unterzeichnet.

Bestätigung gesetzliche Stellvertretung

- Ich bestätige, dass ich dazu berechtigt bin, den genannten Patienten zu vertreten.
- Ich bin verpflichtet, Änderungen im Vertretungsverhältnis umgehend mitzuteilen.

Datum:

Unterschrift gesetzliche
Stellvertretung:

Notwendige Unterlagen:

- ☐ Vertretungsbescheinigung (Familienbüchlein, Verfügung Vormundschaft, Beistandschaft, usw.)
- ☐ Kopie Ausweisdokument Patient

Auszufüllen durch Zentrale Dienste der Stammgemeinschaft:

Antrag auf Eröffnung durch gesetzl. Stellvertretung
eingegangen:

Prüfung Unterlagen durchgeführt:

Dossiereröffnung für Patient (PADM):

Stellvertretung eingerichtet (PADM, Datum,
Unterschrift):

Post Sanela Health AG

Pfingstweidstrasse 60b | 8005 Zürich
+41 44 272 08 08 | info@post-sanela.ch | www.post-sanela.ch