



Widerrufserklärung durch eine gesetzliche Stellvertretung für das elektronische Patientendossier bei der Post Sanela Health AG (Betreiberorganisation der Sanela-Stammgemeinschaft)

Angaben zum Patienten, für welchen das Patientendossier durch die gesetzliche Stellvertretung widerrufen werden soll:

Name*:

Vorname*:

Geburtsdatum*:

Geschlecht*:
(männlich/weiblich/andere)

Strasse:

Postleitzahl und Wohnsitz*:

Land*:

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



Ich widerrufe hiermit die Einwilligung für das elektronische Patientendossier bei der Post Sanela Health AG (Betreiberorganisation der Sanela-Stammgemeinschaft) für den genannten Patienten.

Der Widerruf des EPDs führt zur Löschung aller Dokumente im EPD, nicht jedoch zur Löschung der Originaldokumente in den Praxis- und Klinikinformationssystemen der Gesundheitseinrichtungen. Es wird empfohlen, vor dem Widerruf alle Dokumente herunterzuladen und zu sichern.

Es kann nach einem Widerruf jederzeit wieder ein neues EPD eröffnet werden. Dabei wird eine neue Patienten-Identifikationsnummer zugeteilt. Das neue EPD wird bei der Eröffnung keine Dokumente enthalten.

Die Widerrufserklärung wird 10 Jahre aufbewahrt.

Bestätigung gesetzliche Stellvertretung

- Ich bestätige, dass ich dazu berechtigt bin, den genannten Patienten zu vertreten.

Datum:

Unterschrift gesetzliche
Stellvertretung:

Notwendige Unterlagen:

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

Einsenden an: Post Sanela Health AG, Sanela-Stammgemeinschaft, Pfingstweidstrasse 60b, 8005 Zürich

Auszufüllen durch Zentrale Dienste der Stammgemeinschaft:

Widerruf eingegangen am (Datum und Uhrzeit):

Unterlagen geprüft:

Widerruf durchgeführt (PADM, Datum,
Unterschrift):

Schreiben an Patient mit Bestätigung Widerruf: