

Behauptete Datenschutzverletzung im Zusammenhang mit ELGA

Daten zur Person

Nachname Vorname Akademischer Grad

Geburtsdatum Geschlecht
weiblich männlich divers

Meldeadresse

Straße Hausnummer/Stg./Stk./Top

Postleitzahl Ort

Für Rückfragen

Telefonnummer inkl. Vorwahl E-Mail Adresse

NUR im Vertretungsfall: Daten der Vertreterin/des Vertreters

Nachname Vorname Akademischer Grad

Geburtsdatum Geschlecht
weiblich männlich divers

Beigelegte/s Dokument/e als Nachweis der Vertretungsbefugnis (siehe Seite 2)

Meldeadresse

Straße Hausnummer/Stg./Stk./Top

Postleitzahl Ort

Für Rückfragen

Telefonnummer inkl. Vorwahl E-Mail Adresse

Beschreibung der behaupteten Datenschutzverletzung im Zusammenhang mit ELGA

! Bitte beachten Sie auch die nächste Seite !

Beizulegende Dokumente

Erforderliche Dokumente bei einer Anfrage für sich selbst:

- Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises

Erforderliche Dokumente bei einer Anfrage NUR im Vertretungsfall:

- Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises der Vertreterin/des Vertreters
- Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises der/des Vertretenen (bei Kindern eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes)
- Zusätzlich der Nachweis der Vertretungsbefugnis:
 - Als Bevollmächtigte/r: Kopie der Vollmacht
 - Als gewählte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in: Kopie des Registerauszugs (Eintragungsbestätigung) des Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnisses (ÖZVV)
 - Als gerichtliche/r Vertreter/in: Kopie des Beschlusses über die Bestellung zur gerichtlichen Vertreterin/zum gerichtlichen Vertreter für Vertretungshandlungen für medizinische Angelegenheiten (ELGA) bzw. alternativ Kopie des Registerauszugs (Eintragungsbestätigung) des Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnisses (ÖZVV), sofern die Vertretung auch eingetragen wurde
 - Als Vorsorgebevollmächtigte/r: Registrierungsauszug (Wirksamkeitsregistrierung des Vorsorgefalls in medizinischen Angelegenheiten) des Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnisses (ÖZVV)
 - Als Obsorgeberechtigte/r (nur für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres): Nachweis der Obsorgeberechtigung, z.B. Kopie der Heiratsurkunde der Eltern bei aufrechter Ehe oder Kopie eines Obsorgenachweises mit Rechtskraftbestätigung

Bitte achten Sie bei allen Ausweiskopien auf erkennbare Unterschriften!

Ich habe Kopien aller erforderlichen Dokumente beigefügt und bestätige mit meiner eigenhändigen Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und eigenhändig unterschriebene Formular mit den Kopien der erforderlichen Dokumente an den für Sie zuständigen Standort der ELGA-Ombudsstelle.

! Bitte beachten Sie auch die nächste Seite !

VOLLMACHTS- UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Zur Wahrung Ihres Datenschutzes benötigen wir Ihre Einwilligung zur Einholung, Verarbeitung und gegebenenfalls Weiterleitung Ihrer Daten. Dies geschieht ausschließlich in jenem Umfang, der zur Bearbeitung Ihres gegenständlichen Anliegens erforderlich ist.

Einwilligung zur Datenverarbeitung durch die ELGA-Ombudsstelle

Ich bevollmächtige die ELGA-Ombudsstelle zur Verarbeitung meiner persönlichen Daten, insbesondere meiner ELGA-Gesundheitsdaten, im Rahmen der Bearbeitung meines Anliegens.

Einwilligung zum ELGA-Zugriff durch die ELGA-Ombudsstelle

Ich bevollmächtige die ELGA-Ombudsstelle, meine Teilnehmer/innen/rechte (§ 16 GTelG 2012) ausschließlich im Umfang meines Auftrages auszuüben. Die Einwilligung auf ELGA zuzugreifen ist auf die Dauer von 90 Tagen ab dem ersten Zugriff der ELGA-Ombudsstelle auf ELGA beschränkt, danach verfällt sie (§ 18 Abs. 6 Z 1 GTelG 2012). Ich bin einverstanden, dass beim ELGA-Zugriff durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter der ELGA-Ombudsstelle meine ELGA abgerufen wird und somit die Protokolleinträge „ELGA-Abfrage durchgeführt“ und/oder „e-Medikationsliste aufgerufen“ in meiner ELGA erzeugt werden.

Einwilligung zur Überprüfung eines möglichen Datenmissbrauchs

Soweit zur Bearbeitung meines Anliegens erforderlich, gebe ich die Einwilligung zur Einholung und Einsicht in meine ELGA-Gesundheitsdaten und entbinde die betroffenen Stellen (insb. Ärztinnen/Ärzte, Krankenanstalten) gegenüber der ELGA-Ombudsstelle von ihrer Verschwiegenheitspflicht.

Ich stimme einer Weiterleitung meines Anliegens sowie der Weitergabe oben genannter Daten, sofern es für die Erreichung des Zwecks notwendig ist, an die betroffene Stelle, deren Rechtsvertreter bzw. deren Haftpflichtversicherung zu.

Falls für die weitere Überprüfung meiner Beschwerde erforderlich, stimme ich einer Befassung der Patientenanwaltschaft/Patientenvertretung (§ 11e KaKuG), der Datenschutzbehörde, sowie des ELGA-Sicherheitsverantwortlichen und Übermittlung meiner Daten an dieselben zu.

Sollte eine Weiterleitung an eine andere als die oben genannte Stelle nötig sein, so werde ich darüber gesondert aufgeklärt und meine Einwilligung wird für den konkreten Fall eingeholt.

Ich behalte mir vor, diese Vollmachten- und Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber der ELGA-Ombudsstelle zu widerrufen und nehme zur Kenntnis, dass dadurch die ELGA-Ombudsstelle meine Teilnehmer/innen/rechte nicht mehr für mich ausüben kann.

Ort, Datum

Unterschrift