



Patienten- anwaltschaft Kärnten

PATIENTIN: Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

**NUR, WENN PATIENTIN
VOLLMACHT NICHT
SELBST ERTEILT**
VERTRETERIN: Vertretungsverhältnis: _____
(Nachweis beilegen)
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

Ich erteile der Patienten-anwaltschaft Kärnten die

VOLLMACHT

1. im Sinne des Kärntner Patienten- und Pflegeanwaltschaftsgesetzes, des § 58 a Ärztegesetzes und des § 41 Zahnärztegesetzes tätig zu werden **und mich zu vertreten**
2. alle zur Bearbeitung meines Anliegens erforderlichen Kranken- und sonstigen Dokumentationen, Informationen sowie **Daten einzuholen, einzusehen und an Dritte weiterzugeben**, wie insbesondere
 - Krankenanstalten, ÄrztInnen, ZahnärztInnen, Rettungsdienste, sonstige Gesundheitseinrichtungen
 - GutachterInnen, Versicherungen (wie z.B. Sozial-, Haftpflicht-, Kranken-, Unfall-Versicherungen)
 - Interessenvertretungen (wie z.B. Ärzte-, Apotheker-, Arbeiterkammern)
 - Schiedsstellen, Härtefonds, Gerichte, Behörden, RechtsanwältInnen, NotarInnenDiese Einrichtungen und Personen **entbinde ich ausdrücklich von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.**
3. meine zur Bearbeitung erforderlichen persönlichen Daten **elektronisch zu speichern und in einem Papierakt zu sammeln**, des Weiteren zu Statistik- und zu Berichtszwecken (ohne Namensnennung an Dritte) zu verwenden.

Klagenfurt, am _____ Unterschrift: _____



HINWEISE ZUR VOLLMACHT UND ZUM DATENSCHUTZ GEMÄSS DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO)

- **Die gesetzliche Grundlage** für die Tätigkeit der Patienten-anwaltschaft Kärnten ist das Kärntner Patienten- und Pflegeanwaltschaftsgesetz.
- Zur Überprüfung Ihres Anliegens **benötigen wir Ihre Vollmacht**, damit wir
 - Ihre Behandlungsunterlagen von Ihren Behandlern sowie Vor- und Nachbehandlern einfordern können und
 - an Dritte wie z.B. Sachverständige oder Haftpflichtversicherungen weiterleiten dürfen.
- **Sie können Ihre Vollmacht jederzeit widerrufen.**
(Schriftlich, per Post, Fax, E-Mail oder mündlich-persönlich)
- Die zur Prüfung Ihres Anliegens erforderlichen Daten werden **in einem Papierakt gesammelt und elektronisch gespeichert.**
- **Sie haben das Recht auf:**
 - **Auskunft** über Ihre Daten sowie die Weitergabe Ihrer Daten an Dritte und Sie können Kopien Ihrer Krankendokumentationen machen.
 - **Widerspruch** einer Verarbeitungsart oder eines Verarbeitungsschrittes ¹
 - **Berichtigung oder Vervollständigung** falscher bzw. unvollständiger Daten
 - **Einschränkung oder Einstellung** der weiteren Bearbeitung durch die Kärntner Patienten-anwaltschaft ²
 - **Löschung** Ihrer Daten unter Abgabe eines Haftungsausschlusses ³
 - **Übermittlung** Ihrer uns zur Verfügung gestellten Daten ⁴
 - **Beschwerde** an die Datenschutzkommission
- Der **Papierakt** wird in der Patienten-anwaltschaft Kärnten **für die Dauer von 30 Jahren** aufbewahrt und danach vernichtet.
Ihre Daten bleiben 30 Jahre in unserem elektronischen Aktensystem gespeichert und werden danach gelöscht.

¹ Der Widerspruch wird nur durchgeführt, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind.

² Ihre Daten bleiben gespeichert. Im Fall der Einschränkung werden Ihre Daten nur verwendet

- mit Ihrer Einwilligung
- zur Geltendmachung/Verteidigung von Rechtsansprüchen oder
- zum Schutz der Rechte anderer Personen oder
- aus wichtigen Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses der EU oder eines Mitgliedstaats.

³ Die Erklärung ist davon nicht erfasst.

⁴ Davon ausgenommen sind Verarbeitungsschritte, die im öffentlichen Interesse liegen oder zur Wahrung unserer gesetzlichen Aufgaben nötig sind.

Sie haben Fragen zur Verwendung Ihrer Daten? Bitte wenden Sie sich an die Patienten-anwaltschaft Kärnten oder die für den Datenschutz zuständige Stelle im Amt der Kärntner Landesregierung.

ADRESSE

Völkermarkter Ring 31, 9020 Klagenfurt

TELEFON / FAX

+43 (0) 50 536 57102 , +43 (0) 50 536 57100

E-MAIL

patientenanwalt@ktn.gv.at

WWW.PATIENTENANWALT-KAERNTEN.AT