



VOLLMACHT

Einverständniserklärung, mit der ich der

Salzburger Patientenvertretung

5020 Salzburg, Sebastian-Stief-Gasse 2

Telefon: 0662/8042-2030 oder 0662/8042-2558

E-Mail: patientenvertretung@salzburg.gv.at

die alleinige Vollmacht erteile und diese ermächtige, mich gemäß den gesetzlichen Grundlagen zu vertreten und sämtliche zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages erforderlichen Schritte zu veranlassen. Die behandelnden ZahnärztInnen, deren Personal und sonstige Personen im Gesundheitsbereich entbinde ich von der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

Betroffene Person (PatientIn/VollmachtgeberIn)

Name	Geburtsdatum
Adresse	
Bankverbindung (<i>für den Fall, dass ich einen Entschädigungsbetrag erhalte</i>)	BIC
IBAN	

VertreterIn (VollmachtnehmerIn, ErwachsenenvertreterIn, udgl. - Vollmacht bitte entsprechend nachweisen)

Name	Geburtsdatum
Adresse	
E-Mail	Telefon
Vertretungsverhältnis	

Umfang der Vollmacht:

1. Einholung und Einsicht in meine Krankengeschichte(n) und anderer Gesundheitsdaten, insbesondere bei ZahnärztInnen, Krankenanstalten, udgl.;
2. Einholung von Gutachten und Sachverständigenstellungen;
3. Weitergabe der Beschwerde / des Anliegens an die betroffenen Stellen (Zahnärztekammer, Gutachter, Haftpflichtversicherungen, udgl.);
4. Einverständnis zur elektronischen Verarbeitung der Daten im Zuge der Tätigkeit der Salzburger Patientenvertretung;
5. Verwendung der Daten (anonymisiert) zu Statistik- und Berichtszwecken;

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an die Mitglieder der Patientenschlichtungsstelle und an die Gutachter weitergegeben werden, soweit es zur Bearbeitung des Falles erforderlich ist.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass vom Tag an, an welchem mein schriftliches Ersuchen um Vermittlung an die zahnärztliche Patientenschlichtungsstelle einlangt, der Fortlauf der Verjährungsfrist für Schadenersatzforderungen gehemmt ist (§ 41 Zahnärztegesetz).

! Bitte legen Sie eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises bei.

Ort, Datum

Unterschrift der betroffenen Person

Ort, Datum

Unterschrift der vertretenden Person

Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Folgeseite!

Hinweise zur Vollmacht und zum Datenschutz

Sinn und Zweck der Vollmacht:

Für die Überprüfung benötigen wir alle Behandlungsunterlagen (sowohl jene der betroffenen Einrichtungen, als auch jene vor- und nachbehandelnden Stellen). Damit diese Unterlagen angefordert werden können, benötigen wir Ihre Vollmacht. Es kann bei der Überprüfung notwendig sein, externe Stellen mit Ihrer Angelegenheit zu befassen (z.B. Sachverständige, Haftpflichtversicherungen, Ärztekammer). Auch dafür benötigen wir eine entsprechende Vollmacht zur Weitergabe Ihrer Daten.

Widerruf der Vollmacht:

Sie können diese Vollmacht jederzeit widerrufen.

Dies möge bitte schriftlich auf dem Postweg, per Fax an 0662/8042-3204 oder per E-Mail an patientenvertretung@salzburg.gv.at) erfolgen.

Verjährung:

Schadenersatzansprüche verjähren grundsätzlich binnen drei Jahren ab Kenntnis des Schadens und des Schädigers. Sollte es zu keiner außergerichtlichen Einigung kommen, besteht die Möglichkeit, Klage bei Gericht einzubringen. Die Salzburger Patientenvertretung vertritt nicht vor Gericht und obliegt die Einhaltung der gesetzlichen Verjährungsfristen ausschließlich den PatientInnen.

Datenschutz:

Nähere Informationen zum Datenschutz und zur Wahrung Ihrer Betroffenenrechte finden Sie auf der Website des Landes Salzburg unter: <https://www.salzburg.gv.at/datenschutz>

