

Antrag auf Stellvertretung eines xsana-Patientendossiers

Bitte für gesetzliche Stellvertretungen separates Dokument nutzen (www.xsana.ch)

Angaben zum Patienten, für den die Stellvertretung übernommen werden soll:

Name*:	<input type="text"/>
Vorname*:	<input type="text"/>
Geburtsdatum*:	<input type="text"/>
Geschlecht*: (männlich/weiblich/andere)	<input type="text"/>
Strasse/Postfach*:	<input type="text"/>
Postleitzahl und Wohnsitz*:	<input type="text"/>
Land*:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse*:	<input type="text"/>
Mobiltelefonnummer*:	<input type="text"/>

Angaben zur Stellvertretung:

Name*:	<input type="text"/>
Vorname*:	<input type="text"/>
Geburtsdatum*:	<input type="text"/>
Geschlecht*: (männlich/weiblich/andere)	<input type="text"/>
Strasse/Postfach*:	<input type="text"/>
Postleitzahl und Wohnsitz*:	<input type="text"/>
Land*:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse*:	<input type="text"/>
Mobiltelefonnummer*:	<input type="text"/>

* Pflichtfeld

Bestätigung Stellvertretung

- 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.xsana.ch).
- Ich habe die AGB der axsana AG zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, die Stellvertretung für das EPD des oben genannten Patienten zu übernehmen und die AGB zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum:

Unterschrift
Stellvertretung:

Bestätigung Patient

Ich bestätige, dass die oben genannte Person (Stellvertretung) meine Stellvertretung in meinem elektronischen Patientendossier (xsana-EPD) übernimmt.

Datum:

Unterschrift Patient:

Notwendige Unterlagen:

- Kopie amtlicher Ausweis Stellvertretung
- Kopie amtlicher Ausweis Patient

Einsenden an: axsana AG, Betreibergesellschaft der XAD-Stammgemeinschaft,
Technoparkstrasse 1, 8005 Zürich

Auszufüllen durch Zentrale Dienste der Stammgemeinschaft:

Antrag auf Stellvertretung eingegangen:

Datum / Kürzel

Prüfung bei Patient/Stellvertretung durchgeführt:

Datum / Kürzel

Stellvertretung eingerichtet (PADM, Datum,
Unterschrift):

Datum / Kürzel