

Widerrufserklärung durch eine gesetzliche Stellvertretung für das elektronische Patientendossier bei der axsana AG (Betreiberorganisation der XAD-Stammgemeinschaft)

Angaben zum Patienten:

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"/>
AHV-Nummer (13 Stellen)*:	<input type="text"/>

Angaben zur gesetzlichen 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

Ich widerrufe hiermit die Einwilligung für das elektronische Patientendossier bei der axsana AG (Betreiberorganisation der XAD-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: axsana AG, XAD-Stammgemeinschaft, Technoparkstrasse 1, 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: