



Abgabe des Einverständnisses gemäß § 24i Abs. 2 GTelG 2012 zur Teilnahme an grenzüberschreitenden Gesundheitsdiensten (MyHealth@EU)

1) Daten zur Person

Nachname	Vorname	Titel (vor-/nachgestellt)				
	weiblich männlich inter	divers	offen	k.A.		
Geburtsdatum	Geschlecht					
Straße (Meldeadresse)		Hausnummer/Stg./Top				
Postleitzahl	Ort					
Telefonnummer inkl. Vorwahl (für Rückfragen)		E-Mail Adresse				

Beizulegendes Dokument:

- Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises

2) Informationen zu MyHealth@EU

Im Rahmen der EU-Initiative MyHealth@EU können in Österreich wohnhafte und versicherte Bürger:innen ihr in Österreich elektronisch ausgestelltes Rezept auch in Apotheken teilnehmender EU-Mitgliedstaaten einlösen. Das EU-Rezept erleichtert die Arzneimittelversorgung insbesondere bei Aufenthalten im Ausland. Dadurch können notwendige Medikamente auch im Urlaub, auf Geschäftsreisen oder bei kurzfristigen Auslandsaufenthalten unkompliziert bezogen werden. Ein Ausdruck des Rezepts ist nicht erforderlich, da die Apotheke im Ausland die elektronischen Rezeptdaten direkt über MyHealth@EU abrufen kann.

Weitere elektronische Gesundheitsdienste – wie z.B. die EU-Patientenkurzakte, der EU-Entlassungsbericht und der EU-Laborbefund – sind für eine spätere Einführung vorgesehen und werden nach ihrer Verfügbarkeit ebenfalls über MyHealth@EU bereitgestellt.

Zur Nutzung dieser Services ist ein Einverständnis zur Teilnahme (Opt-In) der betroffenen Person erforderlich. Erst nach erfolgtem Opt-In können die jeweiligen Gesundheitsdaten an berechnigte Gesundheitsdiensteanbieter in anderen teilnehmenden MyHealth@EU-Mitgliedstaaten übermittelt werden.

Die Übermittlung von Gesundheitsdaten erfolgt ausschließlich:

- bei tatsächlicher persönlicher Inanspruchnahme einer Gesundheitsdienstleistung im teilnehmenden MyHealth@EU-Mitgliedstaat,
- nach einer sicheren elektronischen Identifikation (z. B. mittels ID Austria) oder durch Vorlage eines Reisepasses oder Personalausweises
- nur durch berechtigte Gesundheitsdiensteanbieter.

Hinweis:

Das Einverständnis zur Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Ohne vorheriges Einverständnis zur Teilnahme ist eine Nutzung des jeweiligen Services im teilnehmenden EU-Mitgliedstaat nicht möglich.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf www.gesundheit.gv.at.

3) Ich möchte mein Einverständnis (Opt-In) oder meinen Widerruf zur Teilnahme an folgenden grenzüberschreitenden MyHealth@EU-Services abgeben:

EU-Rezept: Zur Einlösung elektronisch verschriebener Arzneimittel in teilnehmenden Apotheken in MyHealth@EU-Mitgliedstaaten (Opt-In)

EU-Rezept: Widerruf nach erfolgtem Opt-In

4) NUR im Fall einer aufrechten Vertretung (zB. Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht, Obsorgeberechtigung, etc.) auszufüllen:

Im Fall einer bestehenden gültigen Vertretung (zB Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht, Obsorgeberechtigung) kann das gesamte Formular von der Vertreterin/dem Vertreter ausgefüllt und unterzeichnet werden. Die bestehende Vertretung muss durch untenstehende Dokumente belegt werden.

Besteht keine aufrechte Vertretung, so ist Punkt 4 des Formulars nicht zu befüllen.

Daten der Vertreterin/des Vertreters:

Nachname	Vorname	Titel (vor-/nachgestellt)			
	weiblich männlich inter	divers	offen	k.A.	

Geburtsdatum	Geschlecht
--------------	------------

Straße (Meldeadresse)	Hausnummer/Stg./Top
-----------------------	---------------------

Postleitzahl	Ort
--------------	-----

Telefonnummer inkl. Vorwahl (für Rückfragen)	E-Mail-Adresse
--	----------------

Angaben zum Vertretungsverhältnis (zB. Erwachsenenvertretung, Obsorge, etc.)

Art der Vertretung:

Beizulegende Dokumente bei aufrechter Vertretung:

- Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises der Vertreterin/des Vertreters
- Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises der/des Vertretenen
(bei Kindern eine Kopie der Geburtsurkunde des Kindes)
- Nachweis der Vertretungsbefugnis:
 - Als Bevollmächtigte:r: Kopie der Vollmacht
 - Als gewählte bzw. gesetzliche Vertretung: Kopie des Registerauszugs
 - (Eintragungsbestätigung) des Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnisses (ÖZVV)
 - Als gerichtliche Vertretung: Kopie des Beschlusses über die Bestellung zur gerichtlichen Vertretung für medizinische Angelegenheiten (ELGA) bzw. Alternative 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!

5) Abgabe des Einverständnisses (Opt-In) zur Teilnahme an MyHealth@EU

Zur Wahrung Ihres Datenschutzes und Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben benötigen wir Ihr Einverständnis zur grenzüberschreitenden Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten zu Gesundheitszwecken. Dies geschieht ausschließlich in jenem Umfang, der zur Zweckerreichung unbedingt erforderlich ist.

Einverständnis (Opt-In) zur Teilnahme an MyHealth@EU

Hiermit gebe ich mein Einverständnis gemäß § 24i Abs. 2 GTelG 2012 zur Teilnahme an MyHealth@EU gemäß den Bestimmungen des 6. Abschnitts des GTelG 2012 ab.

Darüber hinaus bevollmächtige ich die eHealth-Servicestelle, meine Rechte gemäß § 24n GTelG 2012 ausschließlich im Umfang meines erklärten Einverständnisses auszuüben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mein Einverständnis (Opt-In) zur Teilnahme an MyHealth@EU gemäß § 24n Abs. 1 Z 2 GTelG 2012 jederzeit widerrufen kann und dadurch die eHealth-Servicestelle meine Rechte gemäß § 24n GTelG 2012 nicht mehr für mich ausübt.

6) Eigenhändige Unterschrift

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 Gesundheit Österreich GmbH, zH. eHealth-Servicestelle, Stubenring 6, 1010 Wien.

Hinweis: Sollten Sie über eine **ID-Austria** verfügen, können Sie sich mit dieser über das Zugangsportal unter www.gesundheit.gv.at **anmelden** und Ihr Opt-In **online** abgeben oder widerrufen.