Ausübung meiner Rechte iZm dem eEKP SCHWANGERSCHAFT

1) Daten zur Person

Nachname | Vorname | Titel (vor-/nachgestellt)

Geburtsdatum | Geschlecht: weiblich ◯ männlich ◯ inter ◯ divers ◯ offen ◯ keine Angabe ◯

Straße (Meldeadresse) | Hausnummer/Stg./Top

Postleitzahl | Ort

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

Beizulegendes Dokument:

- Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises

2) ELEKTRONISCHER ELTERN-KIND-PASS SCHWANGERSCHAFT

☐ **Einsichtnahme in den eEKP**

Hinweis: *Übersicht aller im eEKP erfassten Daten inkl. aller Untersuchungs- und Beratungsergebnisse*

☐ **Auszug des eEKP in folgender Sprache** (*bitte ankreuzen*)

- ☐ Deutsch
- ☐ Englisch
- ☐ Französisch
- ☐ Türkisch
- ☐ Bosnisch/Kroatisch/Serbisch

Hinweis: *Die Kommunikation mit der eEKP-Servicestelle erfolgt ausschließlich in der Amtssprache Deutsch.*

☐ **Ultraschallbild(er) – elektronischer Versand**

Hinweis*: Befugtes medizinisches Personal kann Ultraschallbilder im eEKP zur Verfügung stellen. Diese dienen ausschließlich dem privaten Gebrauch und sind nicht für eine medizinische Beurteilung geeignet.*
Ultraschallbilder werden ausschließlich elektronisch versandt!

☐ **Geplanter Geburtsort**

- ◯ Eintragen
- ◯ Bearbeiten (= Änderung des Eintrags)
- ◯ Löschen (= Eingabe entfernen)

Hinweis: *Es kann ein geplanter Geburtsort eingetragen, bearbeitet und gelöscht werden. Diese Angabe hat reinen Informationscharakter und ist* ***KEINE Anmeldung*** *zur Geburt.*

☐ **Notfallkontakt**

- ◯ Eintragen
- ◯ Bearbeiten (= Änderung des Eintrags)
- ◯ Löschen (= Eingabe entfernen)

Hinweis: *Es kann nur* ***EIN*** *Notfallkontakt eingetragen, bearbeitet und gelöscht werden.*

➢ **Perzentile Gewicht und Größe**

- ◯ Ausdruck
- ◯ Elektronischer Versand

☐ **Einmal-Zugriff-Codes**

- ◯ Ausdruck
- ◯ elektronischer Versand
- ◯ Löschen (aller verfügbaren Einmal-Zugriff-Codes)

☐ **Zugriffsprotokoll**

- ◯ Einsichtnahme ohne Ausdruck
- ◯ Ausdruck
- ◯ elektronischen Versand

☐ **Sperren von medizinischem Personal**

Hinweis*: Sobald medizinisches Personal bzw. eine Krankenanstalt gesperrt wurde, besteht kein Zugriff mehr auf den eEKP. Somit können keine Daten oder Untersuchungs- bzw. Beratungsergebnisse über den eEKP eingesehen oder eintragen werden. Ausschließlich Daten, die initial erfasst wurden, bleiben einsehbar und können weiterhin korrigiert (richtiggestellt) werden.*

☐ **Entsperren von medizinischem Personal**

Hinweis: *Das ausgewählte medizinische Personal beziehungsweise die Krankenanstalt kann unmittelbar nach dem Entsperren wieder auf den eEKP zugreifen.*

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

Hinweis:
Im Fall einer bestehenden gültigen Vertretung (zB Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht, Obsorgeberechtigung) kann das gesamte Formular zur Ausübung der Rechte im Zusammenhang mit dem eEKP 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)

Geburtsdatum | weiblich ◯ männlich ◯ inter ◯ divers ◯ offen ◯ keine Angabe ◯ (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 bzw. alternativ Kopie des Registerauszugs (Eintragungsbestätigung) des Österreichischen Zentralen Vertretungs-verzeichnisses (ÖZVV), sofern die Vertretung auch eingetragen wurde
  - Als Vorsorgebevollmächtigte:r: Registerauszug (Wirksamkeitsregistrierung des Vorsorgefalls in medizinischen Angelegenheiten) Österreichischen Zentralen Vertretungs-verzeichnisses (ÖZVV)
  - Als Obsorgeberechtigte:r: (nur für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres): Nachweis der Obsorgeberechtigung, zB Kopie der Heiratsurkunde der Eltern bei aufrechter Ehe oder Kopie eines Obsorgenachweises mit Rechtskraftbestätigung

Bitte achten Sie allen Ausweiskopien auf erkennbare Unterschriften!

5) Einwilligungserklärung (Datenschutz und Einwilligung zum ELGA-Zugriff durch die eEKP-Servicestelle)

Zur Wahrung Ihres Datenschutzes benötigen wir Ihre Einwilligung zur Einholung, Verarbeitung und gegebenenfalls Weiterleitung Ihrer Daten. Dies geschieht ausschließlich in jenem Umfang, der zur Bearbeitung Ihres gegenständlichen Anliegens erforderlich ist.

Einwilligung zur Datenverarbeitung im Zusammenhang mit dem eEKP

Ich bevollmächtige die eEKP-Servicestelle zur Verarbeitung meiner persönlichen Daten im Rahmen der Bearbeitung meines Anliegens.

Einwilligung zum ELGA-Zugriff durch die eEKP-Servicestelle

Ich bevollmächtige die eEKP-Servicestelle meine Rechte iZm dem eEKP (§ 4 EKPG) ausschließlich im Umfang meines Auftrages auszuüben. Die Einwilligung auf den eEKP zuzugreifen ist auf die Dauer von sieben Tagen ab dem ersten Zugriff beschränkt. Ich bin einverstanden, dass beim Zugriff auf den eEKP durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter der eEKP-Servicestelle meine eEKP-Daten abgerufen und somit Protokolleinträge erzeugt werden.

Sollte eine Weiterleitung an eine andere Stelle nötig sein, so werde ich darüber gesondert aufgeklärt und meine Einwilligung wird für den konkreten Fall eingeholt.

Ich behalte mir vor, diese Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber der zu widerrufen und nehme zur Kenntnis, dass mich im Falle eines Widerrufs die eEKP-Servicestelle nicht mehr unterstützen kann.

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, z.H. eHealth-Servicestelle, eEKP-Anfragen, Stubenring 6, 1010 Wien.

Hinweis: Sollten Sie über eine **ID-Austria** verfügen, können Sie sich mit dieser **online** über das Öffentliche Gesundheitsportal Österreichs unter www.gesundheit.gv.at **anmelden** und Ihren elektronischen Eltern-Kind-Pass **selbst einsehen**.