

**Einwilligung für die Bereitstellung in elektronischer Form von Dokumenten an das Ärzteteam für die ärztliche Betreuung der Heimbewohner/innen des Seniorenwohnheimes Ojöp Frëinademetz ÖBPB in St. Martin in Thurn (Art. 13 des gesetzesvertretenden Dekretes Nr. 196 vom 30.06.2003)**

Der/die Unterfertigte (Nachname/Name) \_\_\_\_\_  
geboren in \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_  
Steuernummer \_\_\_\_\_  
wohnhaft in (Gemeinde, Provinz, Land) 39030 St. Martin in Thurn (BZ)  
Adresse Pinisstrasse 50

**erklärt in eigener Sache oder vertreten durch seinem/ihrem (entsprechende Dokumente beilegen)**

Vormund       rechtlicher Vertreter       Sachwalter/in       \_\_\_\_\_

(Nachname/Name) \_\_\_\_\_  
geboren in \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_  
Steuernummer \_\_\_\_\_  
wohnhaft in (Gemeinde, Provinz, Land) \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

in Kenntnis der Bestimmungen von Art. 76 und Art. 73 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000, betreffend die strafrechtlichen Folgen von Dokumentenfälschung und Falscherklärungen

gibt die Einwilligung, dass dem Ärzteteam für die ärztliche Betreuung der Heimbewohner im Seniorenwohnheim Ojöp Frëinademetz Ö.B.P.B. für die Dauer seiner/ihrer Unterbringung die eigene Person betreffende Dokumente, welche vom Südtiroler Sanitätsbetrieb in der Vergangenheit erstellt wurden bzw. in Zukunft erstellt werden, in elektronischer Form zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden.

ja       nein

Bei der Abgabe ist ein gültiger Ausweis oder eine Vollmacht zusammen mit einem Ausweis des Vollmachtstellers vorzulegen.

Mit der nachfolgenden Unterschrift erklärt der/die Unterfertigte ausdrücklich, den Inhalt des Informationsschreibens laut Art.13 des gesetzesvertretenden Dekretes Nr. 196 vom 30.06.2003 über die Bereitstellung in elektronischer Form von Dokumenten an das Ärzteteam des Seniorenwohnheimes Ojöp Frëinademetz zu kennen und stimmt der Bereitstellung aus freien Stücken zu.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Der/die Unterfertigte \_\_\_\_\_ Hausarzt der obgenannten Person, erklärt sich für einverstanden die Betreuung seines/ihrer Patienten im Zeitraum der Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ dem Ärzteteam des Seniorenwohnheimes Ojöp Frëinademetz Ö.B.P.B. zu übergeben.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift