AMT FÜR GESUNDHEIT
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Amt für Gesundheit
Äulestrasse 51
Postfach 684
9490 Vaduz

Antrag auf Durchsetzung Widerspruchsrecht als Stellverteter

Hiermit beantrage ich als Antragssteller/in

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse & Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Land: _____

Telefon-Nr.: * _____

E-Mail: * _____

** Wenn E-Mail und/oder Telefon-Nr. angegeben werden, erhalten Sie auf diesem Wege eine Bestätigung der Erledigung des Antrags.*
Eine Bestätigung per Post ist nicht vorgesehen und erfolgt nur in begründeten Ausnahmefällen.

für folgende, von mir vertretene minderjährige Person:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Die Eintragung des Widerspruchs gegen die Nutzung des elektronischen Gesundheitsdossiers (eGD).

Wenn Versicherte der Teilnahme widersprechen, werden von ihnen keine Gesundheitsdaten im eGD gespeichert. Ein Widerspruch hat zur Folge, dass ab diesem Zeitpunkt keine Gesundheitsdaten und genetischen Daten mehr im Dossier gespeichert werden, alle allenfalls schon abgelegten Gesundheitsdaten und genetischen Daten unwiderruflich gelöscht werden und das Dossier somit gegen jeden Zugriff abgeriegelt wird.

_____

Datum und Unterschrift Antragssteller/in

Folgende Beilagen sind dem Antrag beizulegen:

- Kopie Lichtbildausweis (Pass, Identitätskarte oder Führerschein) Antragsteller/in
- Kopie Lichtbildausweis (Pass, Identitätskarte) des Kindes