

Antragsformular

«Aufhebung EPD infolge des Todes des/der EPD-Inhabers/-in»

Angaben zum/zur Antragsteller/-in

(Hinweis: hier sind nicht die Daten des/der Verstorbenen gemeint):

Name _____ Vorname/n _____

Adresse (Strasse, Nr.) _____

PLZ, Ort _____

myEPD erreicht Sie für Rückfragen unter:

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Verwandtschafts- oder Angehörigen-Verhältnis zum/zur verstorbenen EPD-Inhaber/-in:

Bitte bestätigen Sie hiermit, dass Sie befugt und/oder bevollmächtigt sind, die administrativen Nachlass-Geschäfte des/der unten genannten verstorbenen EPD-Inhaber/-in auszuführen (dies beinhaltet das Einverständnis aller rechtlich Beteiligten wie z. B. andere Erben):

Ihre Unterschrift

(entspricht der oben genannten Person)

Angaben zum/zur verstorbenen EPD-Inhaber/-in:

Name _____ Vorname/n _____

Geburtsdatum ____ / _____ / _____

AHV-Nummer (unerlässlich; Sie finden diese auch auf der Versichertenkarte des/der Verstorbenen):

--- . --- . --- . --- (Anmerkung: die AHV-Nummer ist 13-stellig).

Geschlecht _____

Adresse (Strasse, Nr.) _____

PLZ, Ort _____

Aufhebungs-Antrag und –Zeitpunkt & Bestätigung der Richtigkeit der Angaben

Mit Ihrer nachfolgenden Unterschrift beantragen Sie die Aufhebung des EPD des/der oben genannten EPD-Inhabers/-in.

Die Aufhebung erfolgt gemäss gesetzlicher Vorgabe frühestens nach 2 Jahren nach dem Todestag (gem. Todesbescheinigung / Todesmeldung). Während dieser Zeit können vom/von der verstorbenen EPD-Inhaber/-in berechnigte Gesundheitsfachpersonen (nur im Behandlungskontext, das heisst im Sinne nachträglicher Dokumentationen) oder EPD-Stellvertreter nach wie vor aufs EPD zugreifen. EPD-Stellvertreter können Gesundheitsfachpersonen im Patientenportal vom (Notfall-)Zugriff per sofort ausschliessen. Diese EPD-Stellvertreter können aber nachträglich nicht mehr im EPD eingetragen werden.

myEPD wird das EPD des/der verstorbenen EPD-Inhaber/-in nach 5 Jahren (ab Todesdatum) löschen, einschliesslich aller darin enthaltenen Daten.

Bitte bestätigen Sie als Antragsteller/-in die Richtigkeit und Vollständigkeit obiger Angaben mit Ihrer Unterschrift:

Ort _____ Datum ____ / _____ / _____

Unterschrift _____

Beilagen / Einreichungs-Adresse

Bitte reichen Sie dieses unterzeichnete und ausgedruckte Formular einschliesslich der offiziellen Todesbescheinigung / Todesmeldung an die folgende Adresse ein.

Eine Einreichung per Mail bedingt, dass Sie dieses unterzeichnete Formular vorgängig ausdrucken, unterschreiben und uns einen Scan (inkl. Beilage Todesbescheinigung) an unten stehende E-Mail senden. Die E-Mail ist nicht gesichert und Sie willigen mit dem Mailing zu dieser Form der ungesicherten Übermittlung ein.

myEPD
c/o Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
Gerbergasse 13
Postfach 564
CH-4001 Basel

Tel. +41 61 205 32 27
traegerverein@ehealth-nw.ch