



VOLLMACHT FÜR DIE WEITERGABE GESCHÜTZTER ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Wenn Sie medizinische Hilfe benötigen, bevollmächtigt Ihr Missionspräsident Ärzte und Krankenhäuser, Sie zu behandeln. Medizinisches Personal gibt Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, sogenannte „geschützte Angaben zum Gesundheitszustand“, nicht ohne Ihre Zustimmung an Dritte weiter. Mit dem Ausfüllen dieses Formulars bevollmächtigen Sie Ihren Missionspräsidenten und/oder Ärzte der Kirche, Informationen über Ihre Behandlung einzuholen.

Name der Person, deren Informationen offengelegt werden

NAME DES MISSIONARS	DMBA ID (FALLS VORHANDEN)	GEBURTSDATUM
---------------------	---------------------------	--------------

Ich bevollmächtige _____ (medizinisches Personal oder medizinische Einrichtung), geschützte Angaben zu meinem Gesundheitszustand an die Leitung der _____ Mission, darunter auch den Missionspräsidenten und den medizinischen Berater, weiterzuleiten.

ADRESSE
STADT, BUNDESLAND O. Ä. UND POSTLEITZAHL
TELEFONNUMMER(N)

Welche Informationen weitergegeben werden: Meine Krankengeschichte samt Angaben zur körperlichen und geistigen Verfassung (ausgenommen Aufzeichnungen aus psychotherapeutischen Behandlungen) und jegliche Angaben zur Versicherung, zu Rechtsansprüchen, zu Zahlungen, zu Versicherungsleistungen, zum Krankheitsbild, zu Diagnosen, zu Behandlungen, zu Prognosen, zu Laborergebnissen und zu Medikamenten, die im Zusammenhang mit meiner früheren, jetzigen und zukünftigen Gesundheit stehen.

Zweck der Weitergabe: Zur Gesamteinschätzung meiner Gesundheit und Eignung als Missionar und zur Steuerung und Verwaltung meiner Gesundheitsfürsorge während meiner Zeit als Missionar der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage.

Gültig bis: Diese Vollmacht gilt ab dem Unterzeichnungsdatum und ist bis ein Jahr nach meiner Entlassung als Missionar gültig, sofern sie nicht zuvor schriftlich widerrufen wird.

Unterschrift: Hiermit bestätige ich, dass oben gemachte Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich habe das Recht auf eine Kopie dieser Vollmacht. Ich kann diese Vollmacht widerrufen, indem ich an folgende Adresse schreibe: Deseret Mutual Benefit Administrators, Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Der Widerruf wirkt nur für zukünftige Maßnahmen und besitzt keinerlei Gültigkeit für den Zeitraum vor seinem Eingang. Jede gemäß dieser Einverständniserklärung verwendete oder weitergegebene Information wird unter Umständen auch an Dritte weitergegeben und unterliegt dann eventuell nicht mehr den Datenschutzbestimmungen.

Behandlungen, Zahlungen, der Versicherungsabschluss und der Anspruch auf medizinische Leistungen hängen nicht davon ab, dass ich diese Vollmacht erteile, sofern dies nicht durch einschlägige Gesetzgebung anders geregelt ist. Ich nehme jedoch zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass eine Weigerung, diese Vollmacht zu unterzeichnen, oder ein Widerruf sich darauf auswirken können, ob ich als Missionar der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage in Frage komme oder ein solcher bleiben kann.

Unterschrift des Missionars: _____ Datum: _____