

# Elektronisches Portal MeinLUKS

## Zugriffsberechtigung für Stellvertretungen

### Vollmachtgeber/in\*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, -ort: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Stellvertreter/in\*:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

\*Für eine gültige Vollmacht sind zwingend alle Angaben zur Person auszufüllen.

Hiermit erteile ich meiner Stellvertretung das Recht auf Zugriff auf meine Patientendokumentation (Patientenakte) im elektronischen Patientenportal MeinLUKS des Luzerner Kantonsspitals.  
Dabei erteile ich folgende Zugriffsberechtigung:

**Nur Lesezugriff** – meine Stellvertretung hat Einsicht in meine Patientenakte.  
Sie kann Informationen lesen, jedoch nicht bearbeiten oder verwalten.

**Vollzugriff** – meine Stellvertretung hat Lesezugriff sowie das Recht,  
▪ Terminanfragen zu schicken,  
▪ Termine zu planen,  
▪ den Patientenkurzbericht herunterzuladen sowie zu versenden,  
▪ vergangene und kommende Termine zu sehen und zu verwalten.

**Vollzugriff mit Berechtigung zur Stellvertretungsadministration (Vollmacht)** –  
meine Stellvertretung hat die Rechte des Vollzugriffs sowie zusätzlich das Recht,  
weitere Stellvertretungen hinzuzufügen und zu entfernen.

Formular bitte auf der Rückseite unterschreiben



## Zugriffsberechtigung widerrufen

---

Über folgende Wege kann Ich die Zugriffsberechtigungen und Vollmachten jederzeit widerrufen:

- elektronisch in MeinLUKS (Profil → Kontoeinstellungen)
- persönlich im LUKS (Luzern, Sursee und Wolhusen) unter Vorlage eines Identitätsausweises (ID, Pass, Führerschein)
- schriftlich mit Unterschrift

## Erklärung bei Vollzugriff

---

**Ich bin damit einverstanden**, dass meine Stellvertretung im MeinLUKS auf meinen Namen und auf meine Rechnung handelt.

**Ich bin mir bewusst**, dass die Handlungen der Stellvertretung mich direkt berechtigen oder verpflichten (z.B. Terminbuchungen).

Das LUKS behält sich vor, gewisse Funktionen von MeinLUKS (z.B. das Versenden von Nachrichten) für Stellvertretungen einzuschränken oder abzuschalten.

Diese Erklärung erlischt mit dem Verlust der Handlungs- bzw. Urteilsfähigkeit oder mit dem Tod nicht.

**Ich habe die Nutzungsbedingungen zu MeinLUKS gelesen und bin damit einverstanden.**

Patientenetikette

---

Ort und Datum

---

der/die Vollmachtgeber/in

- Ausweis durch Sekretariat kontrolliert