

# 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: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

(AHV-Nummer des/der Stellvertreters/-in; Sie finden diese auch auf Ihrer Krankenkassen-Karte)

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

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 Leseberechtigung:** Ihre Vertrauensperson hat lediglich eine Leseberechtigung für Ihre MeinLUKS-Patientenakte. Sie sieht Ihre klinischen Inhalte und erhält jedoch keine Berechtigung, Aktivitäten auszuführen.
- Nur Berechtigung für Aktivitäten:** Ihre Vertrauensperson kann in Ihrem MeinLUKS-Konto dieselben Aktivitäten durchführen wie Sie (z.B. Terminverwaltung, Ausfüllen von Fragebögen), hat aber keine Leseberechtigung für Ihre klinischen Inhalte.
- Uneingeschränkte Berechtigung:** Ihre Vertrauensperson erhält Leseberechtigung für Ihre MeinLUKS-Patientenakte und kann in Ihrem MeinLUKS-Konto dieselben Aktivitäten durchführen wie Sie.

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, Fahrausweis)
- 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

Falls erforderlich, Ausweis durch Sekretariat kontrolliert