

## Widerspruch

gegenüber einer Organ- und Gewebeentnahme – Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 16. Lebensjahr und nicht geschäftsfähige Personen

An das  
Widerspruchsregister  
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG  
Stubenring 6  
1010 Wien

Die/der gesetzliche/n Vertreter/in .....  
Name/n u. akad. Grad/e in Blockschrift<sup>1</sup>

gibt/geben hiermit den Widerspruch bekannt gegenüber einer allfälligen Organentnahme bei der/dem nicht geschäftsfähigen

.....  
Vorname/n in Blockschrift<sup>1</sup>

.....  
Nachname/n in Blockschrift<sup>1</sup>

.....  
Sozialversicherungsnummer  
(unbedingt anführen)

.....  
Geburtsdatum

Männlich

Weiblich

.....  
Adresse

Ich bin / wir sind mit der EDV-mäßigen Erfassung und Verarbeitung der Daten sowie mit der Weitergabe des Widerspruchs bei Anfrage durch berechtigtes Krankenanstaltenpersonal einverstanden. Ich bin / wir sind weiters damit einverstanden, dass diese Daten in regelmäßigen Abständen durch Abgleich mit dem Datenbestand des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger aktualisiert werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift(en) des gesetzlichen Vertreters /  
der gesetzlichen Vertreter/in

Anmerkung der GÖG: Der Widerspruch gilt mit Eintragung in das Widerspruchregister und entfaltet unmittelbare Wirkung. Eine Registrierungsbestätigung ist daher nicht notwendig.

Falls eine Registrierungsbestätigung durch die GÖG gewünscht wird, ist ein adressiertes und frankiertes Rückkuvert beizulegen bzw. eine E-Mail-Adresse bekanntzugeben.

.....  
E-Mail-Adresse:

<sup>1</sup> Allfällige Namensänderungen bitte schriftlich bekanntgeben (mit Angabe des Geburtsdatums).

<sup>2</sup> Nur komplett ausgefüllte Formulare können berücksichtigt werden.