

Geltendmachung von Betroffenenrechten nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)

Entsprechend der EU-DSGVO stehen Ihnen sog. Betroffenenrechte zu, d.h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person ausüben können. Diese Rechte können Sie gegenüber dem UKM geltend machen.

Füllen Sie dazu dieses Formular aus und senden es unterzeichnet an die o. a. Adresse.

Bitte fügen Sie zur Bestätigung Ihrer Identität eine Kopie/Foto Ihres Personalausweises bei.

Bitte schwärzen Sie bei der Kopie Ihres Personalausweises alle Angaben bis auf Namen, Anschrift, Geburtsdatum und Gültigkeitsdauer, um dem Grundsatz der Datenminimierung zu entsprechen. Ihre Ausweiskopie wird direkt nach der Identitätsprüfung vernichtet und nicht dauerhaft gespeichert.

Sofern Sie im Auftrag des Patienten / der Patientin handeln, fügen Sie bitte eine Kopie Ihrer Legitimation (Betreuungsvollmacht, Erbschein, Patientenverfügung o. ä.) bei.

Welches Betroffenenrecht möchten Sie geltend machen?

- ☐ Recht auf Auskunft (Art. 15 EU-DSGVO)
(Bei der Geltendmachung dieses Betroffenenrechtes ist die Übermittlung einer Kopie Ihres Personalausweises nicht erforderlich, wenn die Versendung der Auskunft an die in unserem EDV-System hinterlegte Adresse erfolgen soll.)
- ☐ Recht auf Berichtigung (Art. 16 EU-DSGVO)
 - ☐ betroffene(s) Dokument/e: _____
- ☐ Recht auf Löschung (Art. 17 EU-DSGVO)
 - ☐ vollständige Löschung
 - ☐ teilweise Löschung
- ☐ Recht auf Einschränkung der Verarbeitung/Sperrung (Art. 18 EU-DSGVO)
- ☐ Recht auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung (Art. 21 EU-DSGVO)

Ihre Daten: _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, PLZ, Ort, Telefon-Nr.)

Relevanter (Behandlungs-) Zeitraum: _____

(Behandelnde) Klinik / Einrichtung: _____

Ich bin

- ☐ Patient*in
- ☐ Studienteilnehmer*in - Studie: _____
- ☐ Mitarbeiter*in einer UKM-Tochtergesellschaft, der _____
- ☐ Bewerber*in
- ☐ Sonstige _____

Ort, Datum

Unterschrift