



**UKM MHS GmbH**  
**Datenschutzbeauftragter**  
**Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude D5**  
**48149 Münster**

## **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 der UKM MHS GmbH geltend machen. Füllen Sie dazu bitte den nachfolgenden Fragebogen aus und senden ihn unterzeichnet und unter Hinzufügung einer Kopie Ihres Personalausweises/Passes an den Datenschutzbeauftragten der UKM MHS GmbH. Bitte schwärzen Sie bei der Kopie Ihres Personalausweises/Passes 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.

### **Für welchen Fall sind Sie betroffene Person?**

- Patient\*in
- Mitarbeiter\*in der UKM MHS GmbH
- Bewerber\*in
- Sonstige.....

### **Welches Betroffenenrecht möchten Sie geltend machen?**

- Recht auf Auskunft (Art. 15 EU-DSGVO)
- 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: .....

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): .....

### **Zusätzlich von Patient\*innen auszufüllen:**

Relevanter Behandlungszeitraum: .....

Behandelnde Klinik/Einrichtung: .....

Freitext für Formulierung des konkreten Anliegens:

.....  
Datum

.....  
Unterschrift