

## Auskunftsersuchen für gespeicherte personenbezogene Daten

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Name des Betroffenen /:  
Patienten \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Betroffenen: \_\_\_\_\_

Adresse des Betroffenen: \_\_\_\_\_

Telefonnummer:  
(für Rückfragen) \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten gem. Artikel 15 Abs. 1 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular entweder postalisch an ze:roPRAXEN Haus- und Fachärztliches MVZ, Johann-Schütte-Straße 7 in 68307 Mannheim oder geben Sie das Formular direkt in der Praxis ab. Gerne senden Sie das Antragsformular auch an [schoenau-mannheim@zero-praxen.de](mailto:schoenau-mannheim@zero-praxen.de).

---

Bitte beachten Sie:

- Es kann einige Tage dauern, bis wir Ihnen die Akte zur Verfügung stellen können.
- Eine Abholung ist nur vor Ort und gegen Vorlage eines Ausweisdokuments möglich.