

Auskunftersuchen 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.

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.