

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 oder per E-Mail an die gewünschte Praxis:

ze:roPRAXEN Haus- und Fachärztliches MVZ Mannheim-Schönau
Johann-Schütte-Straße 7 in 68307 Mannheim
E-Mail: schoenau-mannheim@zero-praxen.de.

ze:roPRAXEN Fachärztliches MVZ am Diakonissenkrankenhaus Mannheim
Belchenstr. 1-5, 68163 Mannheim
E-Mail: diako-mannheim@zero-praxen.de

Sie können den Antrag auch gerne direkt in der gewünschten Praxis abgeben.

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