

Absender

Name Vorname

Straße

PLZ Ort

Labor 28 MVZ GmbH
Herrn Dr. med. Michael Müller
Geschäftsführer
Mecklenburgische Straße 28
14197 Berlin

Datum: ____ . ____ . 20____

Betroffenenrechte gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrter Herr Dr. Müller,

ich, _____, _____, geb. am _____
Name Vorname Geb. Datum

wohnhaft _____ in _____
Straße PLZ; Ort

identifiziere mich und möchte hiermit folgende/s Recht/e wahrnehmen (gewünschtes bitte ankreuzen):

☐ **Recht auf Datenauskunft gemäß Art. 15 Abs. 1 lit. a) bis h) DSGVO**

Bitte teilen Sie mir mit, welche personenbezogenen Daten Sie für welchen Zweck von mir gespeichert haben.

☐ **Recht auf Berichtigung gemäß Art. 16 DSGVO**

Benennung des Laborauftrages (optional):

Berichtigungswunsch wie folgt:

☐ **Recht auf Löschung gemäß Art. 17 DSGVO**

Bitte löschen Sie sämtliche mich betreffenden personenbezogenen Daten nach der Definition des Art. 4 Nr.1 DSGVO.

Ich bin der Meinung, dass die Voraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 DSGVO gegeben sind. Sofern Sie die betroffenen personenbezogenen Daten Dritten offengelegt haben, haben Sie meinen Wunsch auf Löschung der genannten personenbezogenen Daten und sämtliche Verweise darauf nach Art. 19 DSGVO auch allen solchen Empfängern mitzuteilen. Bitte informieren Sie mich über diese Empfänger. Ich bitte um Bestätigung, dass meine personenbezogenen Daten bei Ihnen gelöscht wurden und dass Sie die weiteren Empfänger durch Zusendung einer Kopie über mein Löschungsverlangen informiert haben.

☐ **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO**

Die Datenverarbeitung ist zur Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Vertrages bzw. zur Erfüllung sonstiger rechtlicher Verpflichtungen nicht erforderlich.

☐ **Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 DSGVO**

Sollte ich eine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten (Beispiel: Art 6 Abs. 1 Buchstabe a oder Art. 9 Abs. 2 DSGVO) erteilt haben, widerrufe ich diese hiermit. Weiterhin lege ich im Sinne des Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung mich betreffender personenbezogenen Daten ein.

- ☐ Die Einwilligung zur Aufbewahrung von Untersuchungsergebnissen für eine längere als gesetzlich vorgeschriebene Zeit nehme ich zurück.
- ☐ Die Einwilligung zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Qualitätskontrolle nehme ich zurück.

Nach Art. 12 Abs. 3 haben Sie mich unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Monats nach Eingang des Antrags, über die von mir oben gewünschten Anträge (angekreuzt) zu informieren.

Sollten Sie meinen Lösungsersuchen nicht nachkommen, fordere ich Sie auf, Ihre Entscheidung mir gegenüber unter Angabe der gesetzlichen Grundlage zu begründen. In diesem Fall sind die entsprechenden Daten zu sperren.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in