

St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH Andernach
Datenschutz
Ernestus-Platz 1
56626 Andernach

St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH Andernach
Datenschutz
Ernestus-Platz 1
56626 Andernach
Tel: 02632-404-0
Fax: 02632-404-5272

- Anfragen nach Behandlungsunterlagen gemäß §630g BGB "Einsichtnahme in die Patientenakte" durch Patient*innen oder bevollmächtigte Vertreter*innen**
- Datenschutz-Anfragen (Auskunftsersuchen) gem. § 17 KDG ff./Art. 15 DSGVO ff. durch betroffenen Personen**

Persönliche Daten

Ich bin:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Patient*in | <input type="checkbox"/> Erbe/Erbin |
| <input type="checkbox"/> Bewohner*in | <input type="checkbox"/> Betreuer*in |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*in | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Angehörige*r | |

Legitimation durch

- Personalausweis vor Ort vorgelegt
 Personalausweis als Anlage zugefügt
 Familienstammbuch
 Testament und Erbvertrag
 Familienstammbuch
 Erbschein

Legitimation geprüft durch

Name: _____

Datum, Unterschrift:

Bitte fügen Sie zur Bestätigung Ihrer Identität eine Kopie Ihres Personalausweises bei (Vorder- und Rückseite!).

Bitte schwärzen Sie alle Angaben, bis auf Name, Anschrift, Geburtsdatum und Gültigkeitsdauer, um dem Grundsatz der Datenminimierung zu entsprechen. Ihre Ausweiskopie wird direkt nach der Identitätsprüfung vernichtet und nicht dauerhaft gespeichert.

Angaben Patient*in

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Für Patient*innen: Behandlung erfolgte

ambulant stationär

Behandlungszeitraum: _____

Behandelnde Station/behandelnder Arzt: _____

Angaben Antragssteller*in (falls abweichendn)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Folgende Kopien werden benötigt

Patientenakte/Bewohnerakte/Mitarbeiterakte Arztbrief Operationsbericht

Sonstiges, bitte eintragen _____

Falls Sie gemäß § 17 KDG ff./Art. 15 DSGVO ff. weitere Betroffenenrechte (Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruchsrecht) in Anspruch nehmen möchten, dann senden Sie dieses Formular inkl. Ihres weiteren Anliegens bitte direkt per E-Mail an den Datenschutzbeauftragten datenschutz@stiftshospital-andernach.de

Sofern Sie im Auftrag des Patienten/der Patientin handeln fügen Sie bitte eine Kopie Ihrer Legitimation (Betreuungsvollmacht, Patientenverfügung, Schweigepflichtentbindungserklärung oder ähnliches) bei oder legen Sie bitte eine Kopie des Erbscheins im Falle eines Ablebens des Patienten als nächster Angehöriger und die Begründung für die Geltendmachung der immateriellen Interessen nach §630g Absatz 3 BGB bei.

Weiteres Anliegen

Datum

Unterschrift Betroffene Person/Patient*innen

Ich handele als Vertreter*in
mit Vertretungsvollmacht

Name, Vorname

Unterschrift Vertreter*in