

## Antrag zur Geltendmachung von Betroffenenrechten

*-Kirchliche Datenschutzregelung der Ordensgemeinschaft päpstlichen Rechts (KDR-OG)-*

Im Rahmen der Patientenbehandlung sowie im Zusammenhang mit der Anbahnung, Durchführung und Beendigung von Beschäftigungs- oder sonstigen Vertragsverhältnissen verarbeiten wir personenbezogene Daten natürlicher Personen (Betroffene).

Betroffenen stehen verschiedene Rechte in Bezug auf die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten zu. Diese können Sie gegenüber der Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda gGmbH geltend machen, indem Sie Ihr Anliegen auf vorliegendem Antrag konkretisieren und an die betriebliche Datenschutzbeauftragte (*Kontaktdaten umseitig*) übermitteln.

§ 17 KDR-OG Recht auf **Auskunft** zu \_\_\_\_\_  
(bitte ergänzende Angaben)

§ 18 KDR-OG Recht auf **Berichtigung** unrichtiger personenbezogener Daten / **Vervollständigung** unvollständiger personenbezogener Daten

betreffende/s Dokument/e \_\_\_\_\_

§ 19 KDR-OG Recht auf **Löschung** personenbezogener Daten

vollständige Löschung

teilweise Löschung

§ 20 KDR-OG Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung / Sperrung**

§ 22 KDR-OG Recht auf **Datenübertragbarkeit**

§ 23 KDR-OG Recht auf **Widerspruch** gegen unzumutbare Datenverarbeitung

Die vorstehenden Betroffenenrechte können nur vom Betroffenen selbst oder durch dessen Vertreter\*in geltend gemacht werden. Zur Prüfung der Legitimation des Antragstellers bitten wir Sie, dem Antrag eine Kopie Ihres gültigen Personalausweises u. wenn Sie als Vertreter\*in handeln zudem eine Kopie der Vollmacht (Betreuerausweis, Vorsorgevollmacht) beizufügen. Alternativ können Sie das ausgefüllte Formular auch persönlich abgeben und sich vor Ort ausweisen.

Betroffene/r ist:  Patient\*in  Mitarbeiter\*in  Vertragspartner\*in \_\_\_\_\_

Bewerber\*in  Sonstige \_\_\_\_\_

**Betroffene Person:**

**Vertreter\*in (falls zutreffend):**

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
(telef. Erreichbarkeit für Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
(telef. Erreichbarkeit für Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
Relevanter Zeitraum,  
auf den sich der Antrag bezieht

\_\_\_\_\_  
Abteilung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betroffene(r) / Vertreter\*in

