

An das
Universitätsklinikum Würzburg
Josef-Schneider-Straße 2
97080 Würzburg

Alternativ per
E-Mail an datenschutz@ukw.de oder
Fax 0931 201-6055485

1 / 2

Betroffenenrechte nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Gemäß Art. 12 ff. DSGVO stehen allen Personen, deren Daten am Universitätsklinikum Würzburg (UKW) verarbeitet werden, grundsätzlich die sogenannten Betroffenenrechte wie z.B. das Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung (Art. 16 DSGVO) oder Löschung (Art. 17 DSGVO) zu.

Zur Geltendmachung dieser Rechte füllen Sie bitte beide Seiten dieses Formulars vollständig aus und senden es unterzeichnet zusammen mit einer Kopie Ihres Personalausweises an die o.g. Adresse. Die Kopie des Personalausweises ist notwendig um zu verhindern, dass Daten an falsche Personen herausgegeben werden. Bitte schwärzen Sie auf der Kopie alle Angaben außer dem Namen und Vornamen, das Geburtsdatum, der Gültigkeitsdauer, der Seriennummer und der Anschrift. Die Kopie des Ausweisdokumentes dient der ausschließlich Authentifizierung und wird danach umgehend vernichtet.

In welchem Zusammenhang verarbeitet das UKW Ihre Daten?

- Patient/-in
- Studienteilnehmer/-in
- Blut-/Stammzellspender/-in (Netzwerk Hoffnung)
- Beschäftigte/-r UKW
- Bewerber/-in; bitte angeben, wo genau Sie sich beworben haben: _____
- Teilnehmer/-in an folgender Veranstaltung, Fort- oder Weiterbildung: _____
- Sonstiges (bitte genau bezeichnen): _____

Welches Recht möchten Sie geltend machen?

- Recht auf Auskunft über die gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO)
- Widerruf der Einwilligung vom/bei: _____
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO); betroffene/-s Dokument/-e: _____
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung/Sperrung (Art. 18 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragung (Art. 20 DSGVO)
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO)

b.w.

Zusätzlich von Patienten/-innen und Studienteilnehmer/-innen auszufüllen:

Behandelnde Klinik/Einrichtung: _____

Relevanter Behandlungszeitraum: _____

Ihre Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort): _____

Telefonnummer (für Rückfragen): _____

Raum für die Formulierung Ihres konkreten Anliegens:_____
Datum_____
Unterschrift des/der Betroffenen