

## Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO

Ich ersuche um Auskunft über alle zu meiner Person gespeicherten Daten. Gemäß meiner Mitwirkungspflicht gebe ich die örtlichen Kontakte und den Zeitraum bzw. das Datum an.

<b>Titel:</b>	<input type="text"/>	
<b>Vorname:</b>	<input type="text"/>	(Pflichtfeld)
<b>Nachname:</b>	<input type="text"/>	(Pflichtfeld)
<b>Straße / Nr.:</b>	<input type="text"/>	(Pflichtfeld)
<b>PLZ / Ort:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/> (Pflichtfeld)
<b>Land:</b>	<input type="text"/>	(Pflichtfeld)
<b>E-Mail:</b>	<input type="text"/>	
<b>Telefon:</b>	<input type="text"/>	
<b>Mobil:</b>	<input type="text"/>	
<b>Datum / Zeitraum:</b>	<input type="text"/> (Pflichtfeld)	<input type="text"/>

Sie sind (bitte mindestens eine Auswahl treffen):

<input type="checkbox"/> Patientin / Patient	
<b>Versicherungsnummer:</b>	<input type="text"/> (Pflichtfeld)
<input type="checkbox"/> Mitarbeiterin / Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Praktikantin / Praktikant
<b>Geburtsdatum:</b>	<input type="text"/> (Pflichtfeld)
<input type="checkbox"/> Kundin / Kunde	
<input type="checkbox"/> Lieferantin / Lieferant	
<input type="checkbox"/> Sonstige Dritte / Sonstiger Dritter	

Als Beweis meiner Identität lege ich eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises als Anlage bei.

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular inkl. Anlage an:

E-Mail: [compliance@health-mt.at](mailto:compliance@health-mt.at)

Post: health - medizinisches training, Museumstraße 31, 4020 Linz Betrifft: Datenschutz