

**Formular**  
**Datenschutzbegehren**

Sehr geehrte/r Begehrer/in,

Bitte wenden Sie sich direkt an das Krankenhaus Ihres Vertrauens oder senden Sie das ausgefüllte Formular und als Beweis Ihrer Identität eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises an:

Oö. Gesundheits- und Spitals AG

Goethestraße 89

4020 Linz

Betreff: Datenschutzbegehren

**Ich ersuche um Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO**

Ich ersuche um Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten. Gemäß meiner Mitwirkungspflicht gebe ich eine örtliche und zeitliche Eingrenzung an, sowie die Möglichkeit weitere Rückfragen postalisch oder persönlich zu beantworten.

<b>*Vorname:</b>	<b>*Nachname:</b>
<b>*Straße:</b>	<b>*PLZ:</b>
<b>*Ort:</b>	<b>*Land:</b>
E-Mail-Adresse:	Telefon/Mobil:

<p><b>*Sie sind:</b></p> <p><input type="checkbox"/> PatientIn</p> <p><b>*Versicherungsnummer:</b></p> <p><input type="checkbox"/> MitarbeiterIn</p> <p><b>*Geburtsdatum:</b></p> <p><input type="checkbox"/> BewerberIn/InteressentIn</p> <p><input type="checkbox"/> DienstleisterIn</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiger Dritte/r:</p>	<p><b>*Örtlicher und Zeitlicher Rahmen:</b></p> <p><b>*Krankenanstalt/Ort:</b></p> <p><b>*Datum:</b></p> <p><b>Anmerkungen:</b></p>
--	---

*Die mit \* markierten Felder sind Pflichtfelder.  
Bei „Sie sind“ ist mindestens eine Auswahl zu treffen.*

Bitte führen Sie beigelegt die Anlagen an:

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

Datum

Unterschrift