

Formular

Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO

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

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an E-Mail: info@khgh.at

Oder per Post: Krankenhaus Göttlicher Heiland GmbH, Dornbacher Straße 20-30, 1170
Wien, Betrifft: Datenschutz

Ich ersuche um Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO

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

Titel:

* Vorname:

* Nachname:

* Straße:

* PLZ:

* Ort:

* Land:

E-Mail:

Telefon:

* Sie sind:

☐ Patientin bzw. Patient

***Geburtsdatum**

☐ Kundin bzw. Kunde

☐ Lieferantin bzw. Lieferant

☐ Sonstiges

Gesundheit
kommt von Herzen.



* Kontakt mit:

Krankenhaus Götlicher Heiland GmbH. Datum/Zeitraum:

Bitte führen Sie beigelegt die Anlagen an:

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

Datum

Unterschrift