

## FORMULAR DES ZUGANGSERSUCHENS BETROFFENER PERSONEN

Sie haben das Recht nach personenbezogene Daten, die wir über Sie haben könnten, zu verlangen. Dies ist unter der Bezeichnung „Zugangersuchen betroffener Personen“ bekannt. Eine betroffene Person ist eine Person, die das Subjekt personenbezogener Daten ist. Falls Sie ein Zugangersuchen betroffener Personen einreichen möchten, füllen Sie bitte dieses Formular aus und schicken Sie es an uns, entweder per Post oder per E-Mail ([personal@iafw-gesundheitswesen.de](mailto:personal@iafw-gesundheitswesen.de)).

Für Zusendung per Post, bitte an folgende Adresse senden:

**Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheitswesen e. V.**  
**z. Hd. Frau Christine Rederer**  
**Hildegard-von-Bingen-Straße 1**  
**93053 Regensburg**

**1. Vollständiger Name der betroffenen Person:**

**2. Geburtsdatum der betroffenen Person:**

**3. Derzeitige Adresse der betroffenen Person:**

**4. Telefonnummer der betroffenen Person:**

Haustelefonnummer:

Mobiltelefonnummer:

**5. Einzelheiten über die gewünschten Daten:**

**6. Bitte helfen Sie uns bei der Suche nach den von Ihnen gewünschten Informationen, indem Sie so viel wie möglich Einzelheiten angeben (z. B. Kopien von E-Mails von <Datum> bis <Datum>). Sollten wir nicht genügend Informationen für das Orten der von Ihnen verlangten Daten erhalten, könnte es möglich sein, dass wir Ihrem Ersuchen nicht entsprechen können.**

**7. Werden die Informationen an die betroffene Person oder an ihren/seinen Vertreter geschickt?**

An die betroffene Person

An den Vertreter

Sollen die Daten an den Vertreter geschickt werden, müssen Abschnitte 9 und 10 ausgefüllt werden.

**8. Ich bestätige hiermit, dass ich die betroffene Person bin.**

Unterschrift:

---

Name in Druckschrift:

---

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

**Ich füge eine Kopie meines Ausweises bei.**

**9. (Auszufüllen, falls auf Frage 7 mit “An den Vertreter” geantwortet wurde).  
Die betroffene Person (nach dessen Daten ersucht wird) muss eine schriftliche  
Bevollmächtigung ausstellen, damit die Informationen an ihren/seinen Vertreter  
herausgegeben werden können.**

Ich bevollmächtige hiermit \_\_\_\_\_  
(fügen Sie den Namen des zu bevollmächtigen Vertreters)

Zugang zu meinen personenbezogenen Daten zu ersuchen.

Unterschrift der betroffenen Person:

\_\_\_\_\_

Name in Druckschrift:

\_\_\_\_\_

**10. (Auszufüllen vom Vertreter der betroffenen Person).**

**Hiermit bestätige ich, dass ich der bevollmächtigte Vertreter der betroffenen Person bin.**

Name des bevollmächtigten Vertreters und Adresse, an die die personenbezogenen Daten geschickt werden sollen:

---

---

---

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name in Druckschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Wir werden uns bemühen Ihr Zugangsersuchen betroffener Personen so schnell wie möglich innerhalb von 30 Kalendertagen zu bearbeiten. Sollten Sie Fragen haben, während Ihr Ersuchen bearbeitet wird, können Sie sich gerne jederzeit mit uns in Verbindung setzen. Unsere E-Mail-Adressen: [personal@iafw-gesundheitswesen.de](mailto:personal@iafw-gesundheitswesen.de) (Christine Rederer – Personalleitung) oder [rs@projekt29.de](mailto:rs@projekt29.de) (Richard Söldner – Datenschutzbeauftragter).