

---



---



---



---

## Antrag auf Auskunft

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft darüber zu erhalten, welche Daten über Sie im klinischen Krebsregister gespeichert sind. Diese Auskunft ist für Sie kostenlos. Dazu müssen Sie bitte das vorliegende Auskunftsformular vollständig ausfüllen, unterschreiben und dem zuständigen klinischen Krebsregister vorlegen (persönlich, postalisch oder elektronisch). Zum Schutz vor Missbrauch Ihrer Daten durch Dritte erhalten Sie nur dann eine Auskunft, wenn Sie sich zweifelsfrei ausweisen. Dazu bitten wir Sie, dem klinischen Krebsregister ein Ausweisdokument (Personalausweis oder Reisepass) persönlich vorzulegen oder die Kopie eines Ausweisdokuments per Post oder elektronisch verschlüsselt an das Register zu senden. Eine medizinische Beratung bleibt von der Auskunft unberührt. Bei Fragen zu Ihrer Auskunft steht Ihnen Ihr behandelnder Arzt zur Verfügung.

### ANGABEN PATIENT/IN

Anrede, Titel	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Hiermit bitte ich im Zuge des Auskunftsrechts nach § 7 Sächsisches Krebsregistergesetz in Verbindung mit Art. 15 EU-DSGVO um folgende Angaben zu den im klinischen Krebsregister zu meiner Person gespeicherten Daten:

- alle zu meiner Person gespeicherten Identitätsdaten,
- die Kategorien der Daten, die verarbeitet werden,
- jegliche vorliegende medizinische Daten in unverschlüsselter Form,
- die Dauer der Datenspeicherung,
- den Zweck, für den die personenbezogenen Daten verarbeitet werden.

**ICH MÖCHTE DIE AUSKUNFT IN FOLGENDER FORM ERHALTEN:  
(BITTE NUR EINE AUSWAHL TREFFEN)**

über meinen behandelnden Arzt (empfohlen)

Titel, Vorname, Name des Arztes	
Praxisanschrift:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

vor Ort beim zuständigen klinischen Krebsregister

elektronisch (verschlüsselt) an folgende E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

per Post an die o.g. persönliche Adresse

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in  
oder sorgeberechtigte Person