



MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE

Formular zur Wahrnehmung von Betroffenenrechten

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Schutz Ihrer Daten ist uns ein großes Anliegen. Zur Erbringung unserer Leistungen verarbeiten wir eine Vielzahl von personenbezogenen Daten. Nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) stehen Ihnen die unten genannten Betroffenenrechte zu, d. h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person gegenüber dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie ausüben können. Sofern Sie dies wünschen, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es unterzeichnet an die **Datenschutzkoordination des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, Kraepelinstraße 2-10, 80804 München**. **Patienten/Studienteilnehmer** fügen dem Formular eine Kopie Ihres Personalausweises/Passes bei. Alternativ können Patienten/Studienteilnehmer das ausgefüllte Formular am Klinikempfang abgeben. Dort können Sie sich auch ausweisen.

Der Nachweis Ihrer Identität ist notwendig, damit wir nicht der falschen Person Informationen aushändigen. Bitte schwärzen Sie bei der Kopie Ihres Personalausweises alle Angaben bis auf Namen, Anschrift, Geburtsdatum und Gültigkeitsdauer, um dem Grundsatz der Datenminimierung zu entsprechen. Ihre Ausweiskopie wird sofort nach der Identitätsprüfung vernichtet und nicht dauerhaft gespeichert.

Hinweis für Angehörige, Betreuer oder Bevollmächtigte: Wenn Sie dieses Recht als Angehöriger, Betreuer oder anderweitig Bevollmächtigter geltend machen, fügen Sie bitte auch die entsprechende Vollmacht, die Sie zur Geltendmachung berechtigt, bei.

Welches Betroffenenrecht möchten Sie geltend machen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Recht auf Beendigung der Einwilligung (Art. 7 DS-GVO)
- Recht auf Auskunft (Art. 15 DS-GVO) (z.B. Einsicht/Auskunft Patientenakte)
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO)
 - o betroffene(s) Dokument/e:
- Recht auf Löschung (Art. 17 DS-GVO)
 - o vollständige Löschung
 - o teilweise Löschung
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung/Sperrung (Art. 18 DS-GVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)
- Recht auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung (Art. 21 DS-GVO)

Ich bin

- Patient
- Studienteilnehmer - Studie:
- Mitarbeiter
- Bewerber
- Sonstige:

Ihre Daten

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

E-Mail:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Falls Sie Ihr Anliegen konkretisieren möchten, können Sie dies formlos als Anlage zu diesem Formular beifügen.

Bestätigungsvermerk Klinikempfang intern – gilt nur für Patienten/Studienteilnehmer

Die Angaben (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift) auf obigem Formular stimmen mit dem vorgelegten Ausweisdokument
 überein/ nicht überein.

.....
Name (Mitarbeiter Klinikempfang)

.....
Datum

.....
Unterschrift

Verantwortlich: Datenschutz

zuletzt bearbeitet: KK 11/2023

Revision: 11/2025

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Formular die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.