



An die  
**Eurofins Pränatal-Medizin**  
Lochhamer Straße 15  
82152 Planegg  
**Fax +49 (0) 89-23237356-90**

### Ausübung der Betroffenenrechte gemäß (EU) 2016/679 (Datenschutzgrundverordnung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Wunsch meiner hier genannten Patientin bitte ich Sie für folgenden Auftrag

Barcode-Nr.

Lab ID

Datum der Blutentnahme

Name, Vorname der Patientin

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Anschrift der Patientin

(\*gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder)

folgenden Vorgang durchzuführen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Erstellung einer Auskunft über die verarbeiteten personenbezogenen Daten gemäß Art. 15 (EU) 2016/679 (bitte unten spezifizieren)
- Berichtigung der personenbezogenen Daten gemäß Art. 16 (EU) 2016/679 (bitte unten spezifizieren)
- Löschung der personenbezogenen Daten gemäß Art. 17 (EU) 2016/679
- Einschränkung der Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 18 (EU) 2016/679 (bitte unten spezifizieren)
- Datenübertragung personenbezogener Daten gemäß Art. 20 (EU) 2016/679 (bitte unten spezifizieren)
- Widerspruch gegen die Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 21 (EU) 2016/679 im Rahmen der genetischen Untersuchung
- Widerspruch gegen die Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 21 (EU) 2016/679 im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung, sowie diagnostischen Entwicklung

(Bitte spezifizieren, welche personenbezogenen Daten betroffen sind)

Ort/Datum

Unterschrift der Patientin

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel des verantwortlichen Arztes