

KREIS PLÖN

Die Landrätin
Amt für Gesundheit

Nachname:

Titel:

Vorname:

geb. am

geb. in

wohnhaft:

Krankenversicherung:

Ausweis:

Tel.:

Handy:

Hausarzt:

Tel.

Gesetzlicher Betreuer:

Zur Vorlage bei/ Auftraggeber:

Grund/ Untersuchungsauftrag:

Erklärung

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen vollständig zu machen.

Hinweise zum Datenschutz

Für die Erfüllung unserer Aufgaben müssen wir personenbezogene Daten erheben und verarbeiten. Dies geschieht im Einklang mit geltenden Rechtsvorschriften und Bestimmungen. Die im Rahmen dieser Untersuchung abgegebenen Daten speichern wir 10 Jahre. Weitere Informationen zu Ihren Rechten aus der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) können Sie bei Bedarf der **Datenschutzerklärung** entnehmen, die wir Ihnen zur Einsicht gerne aushändigen.

Datum

Unterschrift

Datenschutzerklärung wurde ausgehändigt

☐☐

Ja

Nein

Handzeichen
Sachbearbeitung