

Name: _____

Anschrift: _____

Ort PLZ: _____

Datum: _____

Widerruf der Einwilligung zur Übermittlung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten per Fax gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO

Sehr geehrte/r Herr/ Frau Dr. _____,

hiermit widerrufe ich meine Einwilligung bezüglich der Übermittlung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten an Dritte per Fax.

Gemäß Art. 9 Abs. 1 DSGVO ist eine Verarbeitung von Gesundheitsdaten grundsätzlich untersagt, außer es liegt eine Einwilligung für die genannten personenbezogenen Daten für einen oder mehrere festgelegte Zwecke vor. Ich sehe die Sicherheit meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten durch die Übermittlung per Fax gefährdet und möchte Sie bitten, dies in Zukunft zu unterlassen. Weitere Informationen finden Sie unter doc.faxendicke.org

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift