

MEINE KONTAKTDATEN

Name des Antragstellers: _____

Vorname des Antragstellers: _____

Profil des Antragstellers: Patient Bewohner (ehemaliger) CHNP-Mitarbeiter Mitarbeiter eines Subunternehmers/Lieferanten

Adresse: _____

Postleitzahl: _____ Stadt: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail*: _____

Sie wünschen die Zusendung des Antwortschreibens:

- Per Post an die oben angegebene Adresse.
- Per E-Mail an die oben angegebene E-Mail-Adresse. *Aus Gründen der Sicherheit und Vertraulichkeit versendet das CHNP Ihre unverschlüsselten personenbezogenen Daten nicht über öffentliche E-Mail-Dienste.*

**SIE MÖCHTEN FOLGENDES RECHT AUSÜBEN:
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)**

Auskunftsrecht bezüglich Ihrer personenbezogenen Daten

Bitte geben Sie die von diesem Antrag betroffenen Verarbeitungen und/oder personenbezogenen Daten an:

.....
.....

Recht auf Berichtigung Ihrer personenbezogenen Daten

Sie sind der Ansicht, dass einige Ihrer Daten ungenau, falsch oder unvollständig sind, und beantragen, dass diese ergänzt, geändert oder aktualisiert werden. Bitte geben Sie die Daten an, die Sie korrigieren möchten:

.....
.....

Widerruf Ihrer Einwilligung – bitte geben Sie die von diesem Antrag betroffenen Verarbeitungen und/oder personenbezogenen Daten an:

.....
.....

Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten (Recht auf Vergessenwerden)

Sie sind der Meinung, dass Ihre personenbezogenen Daten aus den folgenden Gründen gelöscht werden sollten:

- Sie sind für die Zwecke, für die sie erhoben wurden, nicht mehr erforderlich.
- Sie sind Gegenstand einer rechtswidrigen Verarbeitung.
- Sie müssen gelöscht werden, um einer gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen (gemäß den Rechtsvorschriften der EU oder nach dem anwendbaren **luxemburgischen** Recht).
- Sie widersprechen der Verarbeitung Ihrer Daten.
- Sie möchten Ihre Zustimmung zur Verarbeitung dieser Daten widerrufen.

Bitte geben Sie die von diesem Antrag betroffenen Verarbeitungen und/oder personenbezogenen Daten an:

.....

Recht auf Ablehnung einer Entscheidung, die ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung beruht.

**FORMULAR ZUR AUSÜBUNG DER RECHTE
BEI PERSONENBEZOGENEN DATEN**



Antrag auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Sie beantragen eine Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, da Sie der Ansicht sind, dass eine der folgenden Bedingungen zutrifft:

- Sie bestreiten die Richtigkeit Ihrer Daten und beantragen eine vorübergehende Einschränkung der Verarbeitung, damit das CHNP ihre Richtigkeit überprüfen kann.
- Sie widersprechen der Verarbeitung Ihrer Daten und beantragen eine Einschränkung der Verarbeitung über einen Zeitraum, in dem das CHNP Ihren Antrag bearbeiten kann.
- Obwohl die Verarbeitung gemäß den Bestimmungen rechtswidrig ist, lehnen Sie die Löschung Ihrer Daten ab und beantragen stattdessen die Einschränkung ihrer Verwendung.
- Das CHNP muss Ihre Daten nicht mehr verarbeiten, Sie benötigen diese jedoch weiterhin, um einen Rechtsanspruch festzustellen, auszuüben oder zu verteidigen. Sie beantragen daher eine weitere Verarbeitung dieser Daten, die aber auf die Geltendmachung dieses Rechts beschränkt ist.

Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

Bitte geben Sie die von diesem Antrag betroffenen Verarbeitungen und/oder personenbezogenen Daten an:
.....
.....

Recht auf Portabilität Ihrer personenbezogenen Daten zur Übertragung (an Sie selbst oder einen anderen Verantwortlichen):

Den beigefügten Antrag ausfüllen, unterzeichnen und an den Datenschutzbeauftragten (DSB) des CHNP unter einer der folgenden Adressen senden:

- per Post: Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique – 17 avenue des Alliés, L-9012 Ettelbrück
- per E-Mail: dpo@chnp.lu

Fügen Sie dem Antrag eine Kopie der Vorder- und Rückseite Ihres gültigen Ausweises bei, die vernichtet wird, sobald Ihr Antrag bearbeitet wurde.

Die in diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten werden vom Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique bzw. „CHNP“ in seiner Eigenschaft als Verantwortlicher verarbeitet, um auf Ihren Antrag zur Ausübung eines Rechts auf der Grundlage unserer gesetzlichen und behördlichen Verpflichtungen zu reagieren.

Mit einem Sternchen gekennzeichnete personenbezogene Daten sind optional und nur anzugeben, wenn Sie eine Antwort per E-Mail erhalten möchten.

Möglicherweise müssen wir Ihre Daten im Rahmen unserer gesetzlichen und behördlichen Verpflichtungen an Dritte weitergeben, beispielsweise auf Ersuchen von Behörden oder Justizbehörden oder aber an bestimmte Personen mit reglementiertem Beruf wie Rechtsanwälte oder Wirtschaftsprüfer.

Diese personenbezogenen Daten können zur Ausübung des Rechts auf Auskunft, Berichtigung und gegebenenfalls des Rechts auf Löschung, Widerspruch, Einschränkung der Verarbeitung und/oder Portabilität Ihrer Daten führen. Darüber hinaus haben Sie das Recht, eine Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde wie der nationalen Datenschutzkommission bzw. „CNPD“ in Luxemburg einzureichen.

Wenn Sie Fragen zur Verwendung Ihrer Daten oder zur Ausübung dieser Rechte haben, können Sie sich per Post oder E-Mail an den Datenschutzbeauftragten des CHNP unter einer der vorgenannten Adressen wenden, indem Sie das vorstehende Formular ausfüllen und Ihrem Antrag eine Kopie der Vorder- und Rückseite Ihres Ausweises beifügen.

..... (Ort), (Datum)

Unterschrift des Antragstellers