



Goethe Universität Frankfurt
Universitätsklinikum Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt

Änderungen bei der Nutzung meiner Daten

An:

LOS Studienteam

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Kai Zacharowski

Universitätsklinikum Frankfurt KAIS - Haus 13a
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt am Main

Zacharowski@med.uni-frankfurt.de

Hiermit möchte ich bei der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der *Registry Study for Research of Blood Donor and Recipient Long-Term Outcomes* (LOS) von meinem Recht nach DSGVO Gebrauch machen.

Meine Daten werden unter einem Pseudonym sicher gespeichert und können nur durch qualifiziertes medizinisches Personal an meiner behandelnden Klinik mit mir in Verbindung gebracht werden.

Dennoch bitte ich um folgende Änderungen:

1. Meine Angaben (in Druckbuchstaben):

Vor- und Nachname, ggf. Mädchenname:

Geburtsdatum:

2. Was ich beantrage (bitte ankreuzen):

- ☐ Ich widerrufe die Einwilligung zur Erhebung meiner Gesundheitsdaten im LOS Register. (Ab sofort möchte ich, dass keine neuen Daten mehr über mich gesammelt werden. Bisher gesammelte Daten können weiterhin gespeichert und für die Weiterentwicklung der Transfusionsmedizin genutzt werden.)
- ☐ Ich bitte zusätzlich um Löschung aller meiner bisher gesammelten personenbezogenen Daten. (Bitte löschen Sie alle Daten, die bisher über mich gesammelt wurden.)

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Ort, Unterschrift