

Hiermit beantrage ich die Einsicht in meine beim Medizinischen Dienst Saarland geführten Akten.

- Die Akten werde ich selbst einsehen.  
 Ich bevollmächtige zur Akteneinsicht folgende Personen:

Herr/Frau \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Soweit ich mein Akteneinsichtsrecht nicht selbst wahrnehme, entbinde ich den Medizinischen Dienst Saarland von der Geheimhaltung der Sozialdaten gegenüber meinem vorgenannten Vertreter und gestatte diesem Einsicht in die beim Medizinischen Dienst Saarland über mich geführten Akten.

- Dabei beschränke ich die Vollmacht auf Unterlagen aus der Zeit

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- Ich mache keine zeitliche Einschränkung.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Versicherte/r)

Vom Medizinischen Dienst Saarland auszufüllen:

Der Versicherte / Bevollmächtigte hat sich ausgewiesen durch:

- Personalausweis oder Pass  
 Schreiben des Vormundschaftsgerichtes  
 Betreuerausweis  
 anderes verbindliches Dokument

Bitte Nachweis dokumentieren!

#### Datenschutz

Zum Datenschutz verweisen wir auf die Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG), sowie auf die neue Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), gültig ab 25. Mai 2018. Weitere Informationen erhalten Sie unter Datenschutz auf unserer Homepage [www.md-saarland.de](http://www.md-saarland.de)