

<p><b>Patientendaten:</b></p> <p>Nachname:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>Vorname:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>	<p>Stempel des behandelnden Arztes: <span style="float: right;">Datum:</span></p>
--	---

## Widerruf der Einwilligung gemäß Art. 21 DSGVO zur Datenübermittlung an und Datenverarbeitung durch die Allergopharma GmbH & Co. KG

<input type="checkbox"/>	<p>Ich widerrufe meine erteilte Einwilligung zur Datenübermittlung und Datenverarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Art. 21 DSGVO mit Wirkung für die Zukunft.</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Ort, Datum, Unterschrift (bei Personen unter 16 Jahren des/der gesetzlichen Vertreter(s))</p>
--------------------------	--

### Hinweise an den Patienten:

**Bitte drucken Sie sich dieses Formular aus und übermitteln es unterschrieben an Ihre(n) behandelnde(n) Arzt/Ärztin.**

Durch Ihren wirksam erteilten Widerruf werden Ihre bei Allergopharma aus Gründen der Patientensicherheit gespeicherten Daten umgehend gelöscht, sobald Allergopharma von Ihrem/Ihrer behandelnden Arzt/Ärztin in Kenntnis gesetzt wurde und keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten einer Löschung entgegenstehen. Erfolgt der Widerruf während der laufenden Therapie, wird Ihr Folgepräparat von Ihrem Arzt ohne Ihre personenbezogenen Daten bestellt und entsprechend ohne diese Daten bei uns hergestellt.

### Hinweis an den/die Arzt/Ärztin:

**Bitte setzen Sie Allergopharma über den Widerruf Ihres Patienten/Ihrer Patientin in Kenntnis:**

**FAX 040 72765-230**

Allergopharma GmbH & Co. KG  
 Datenschutzbeauftragte  
 Hermann-Körner-Straße 52  
 21465 Reinbek

E-Mail: [datenschutz@allergopharma.de](mailto:datenschutz@allergopharma.de)