

## Widerspruch gemäß § 7a Hessisches Krebsregistergesetz

Hiermit widerspreche ich gemäß § 7a Hessisches Krebsregistergesetz der dauerhaften Speicherung von bereits erfassten und künftig eingehenden Identitätsdaten. Nähere Informationen finden sich auf der zweiten Seite dieses Dokumentes.

### Angaben zur widersprechenden Person

Titel

Vorname(n)

Pflichtfeld

Nachname

Pflichtfeld

Frühere Namen

Geburtsname

Geburtsdatum

Pflichtfeld

Geschlecht

Pflichtfeld

Straße und  
Hausnummer

Pflichtfeld

Postleitzahl  
und Ort

Pflichtfeld

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum

Unterschrift der betroffenen Person,  
der betreuenden oder personenberechtigten Person

Bitte füllen Sie die Felder aus, die als „Pflichtfeld“ gekennzeichnet sind. Nur mit diesen Informationen kann gewährleistet werden, dass Ihrem Widerspruch nachgegangen werden kann. Dieses Schreiben muss postalisch an die Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters gesendet werden. Aus Gründen des Datenschutzes ist eine Übermittlung per E-Mail nicht gestattet.

