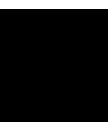
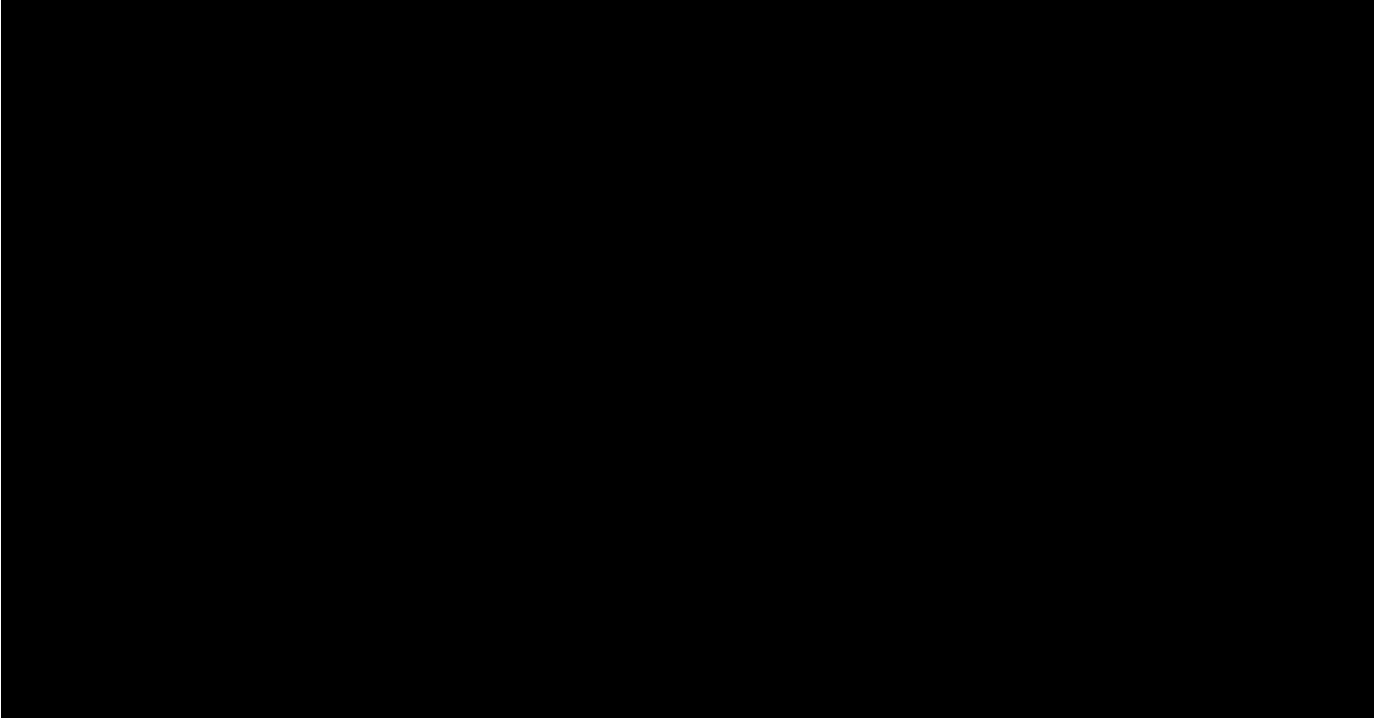


ZII4.20108/4#190 -

. - Antrag nach § 15 Abs. 1

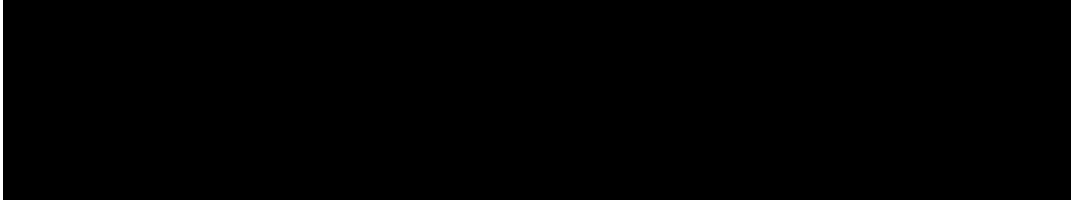
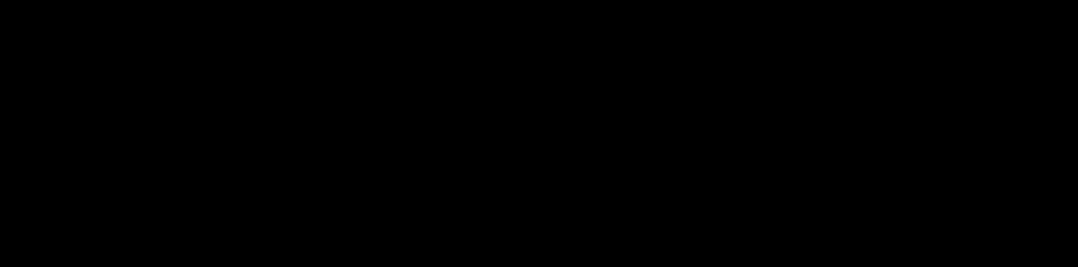
Vorgang





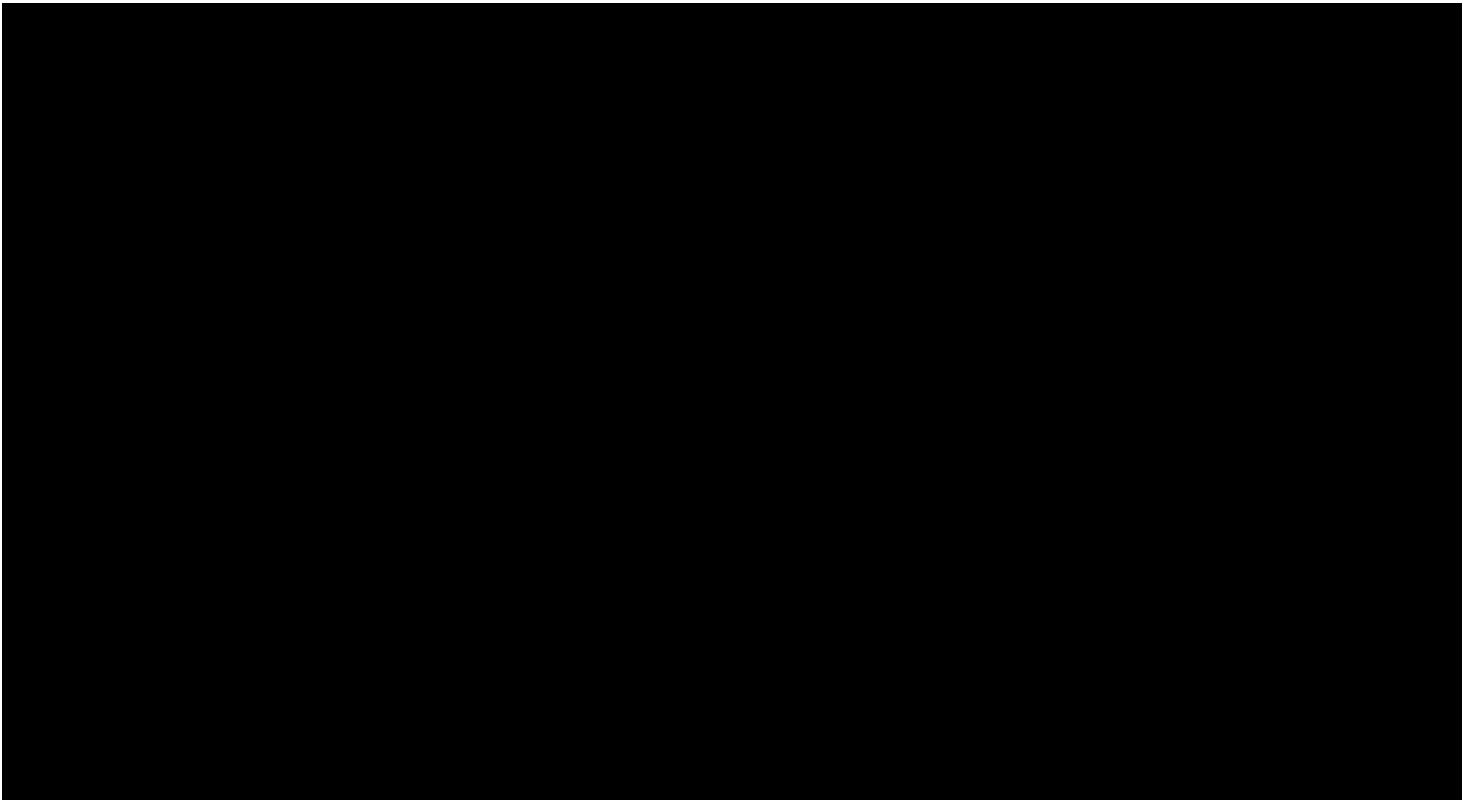


Antrag nach Art. 15 Abs. 1 DSGVO [REDACTED] Herausgabe von personenbezogenen Daten



[REDACTED]

[REDACTED]



[REDACTED]

Betreff: Antrag nach Art. 15 Abs. 1 DSGVO [REDACTED]; Herausgabe von personenbezogenen Daten

[REDACTED]

[REDACTED]

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: F [REDACTED]

Gesendet: Donnerstag, 29. August 2024 10:10

An: BDS_ <BDS@bmi.bund.de>

Betreff: Herausgabe von personenbezogenen Daten

[REDACTED]

F [REDACTED]



F
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

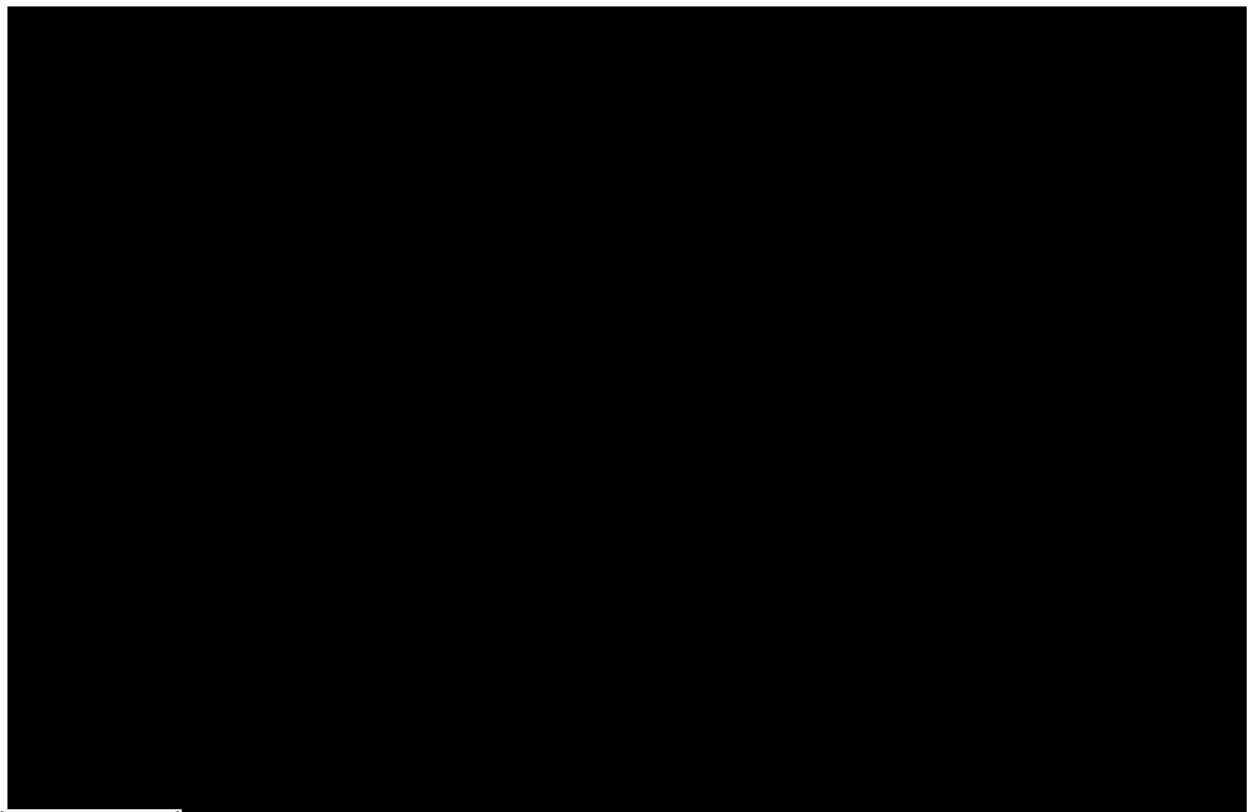
An
Beauftragter für den Datenschutz im BMI
Bundesministerium des Innern und für Heimat
Alt-Moabit 140
10557 Berlin
E-Mail: bds@bmi.bund.de

Per E-Mail
Antrag auf Herausgabe von personenbezogenen Daten

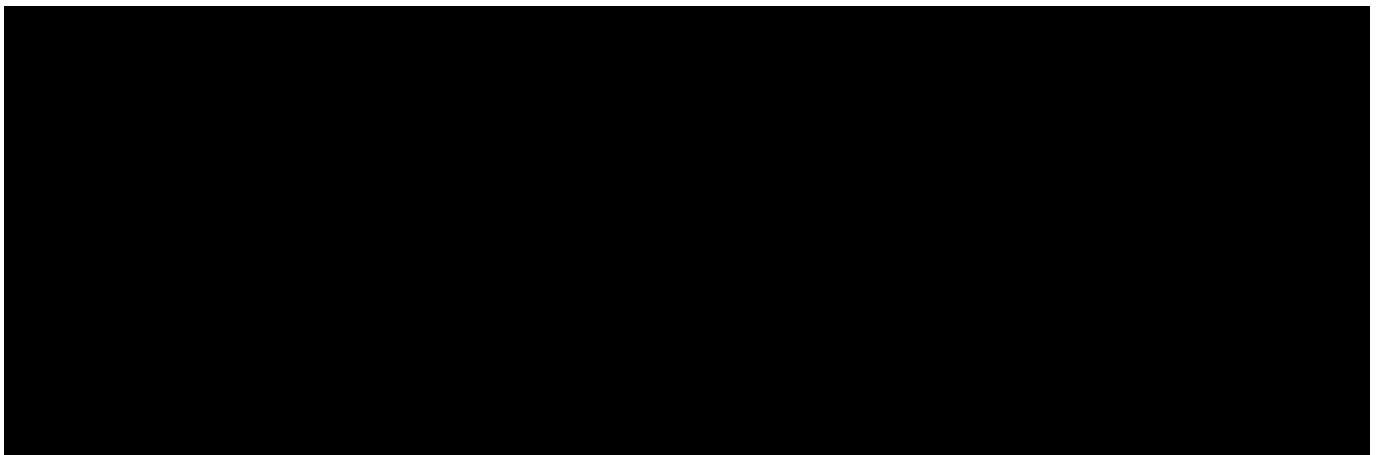
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



F 



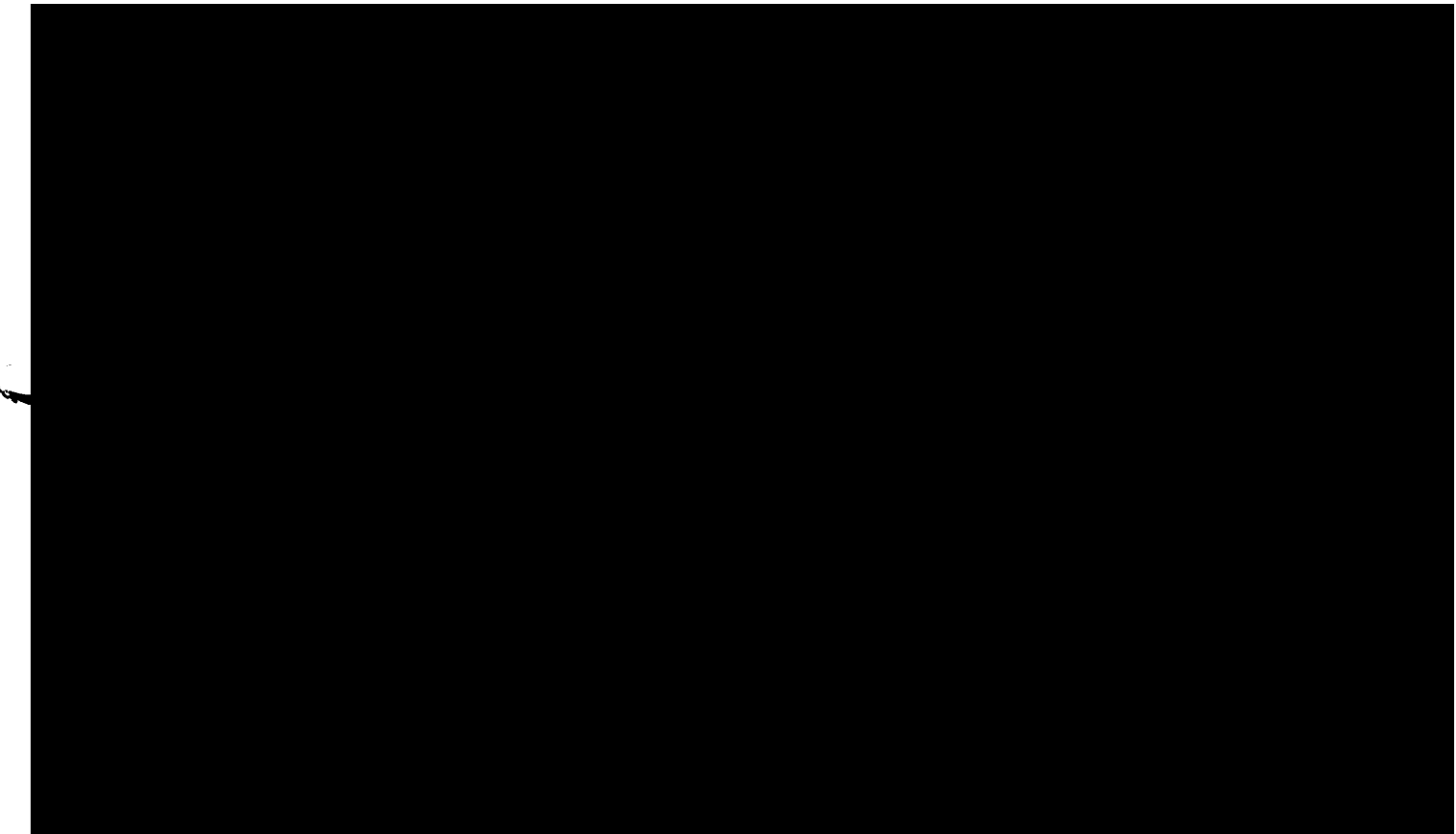
[REDACTED]

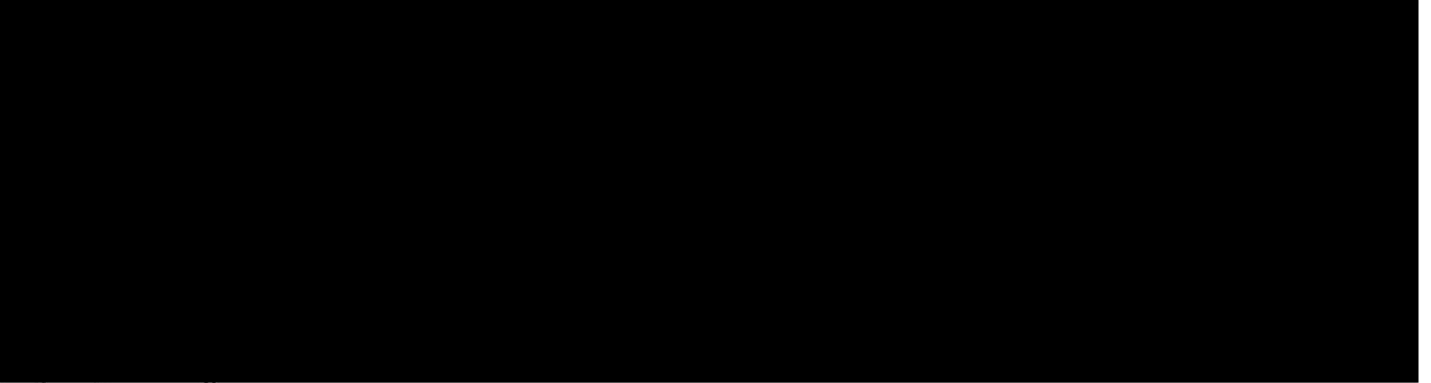
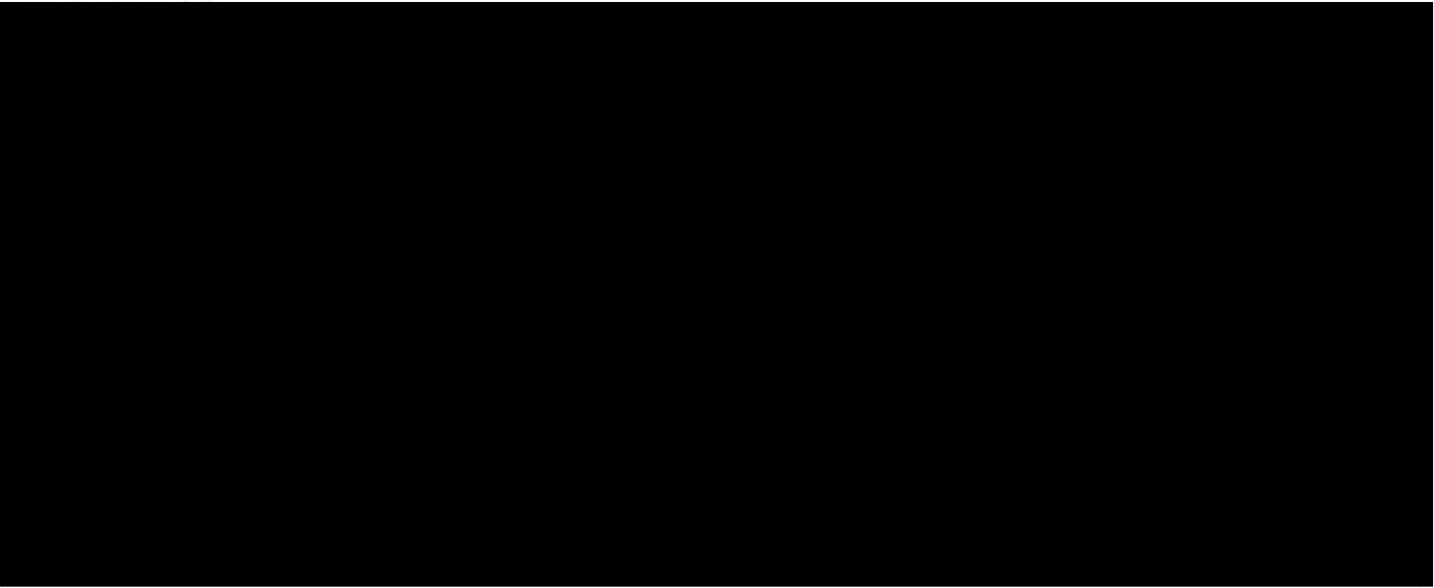
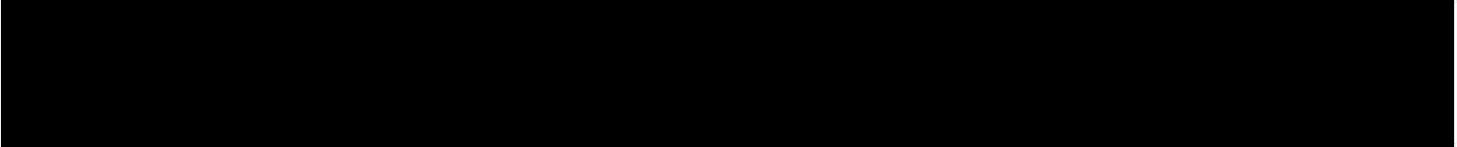
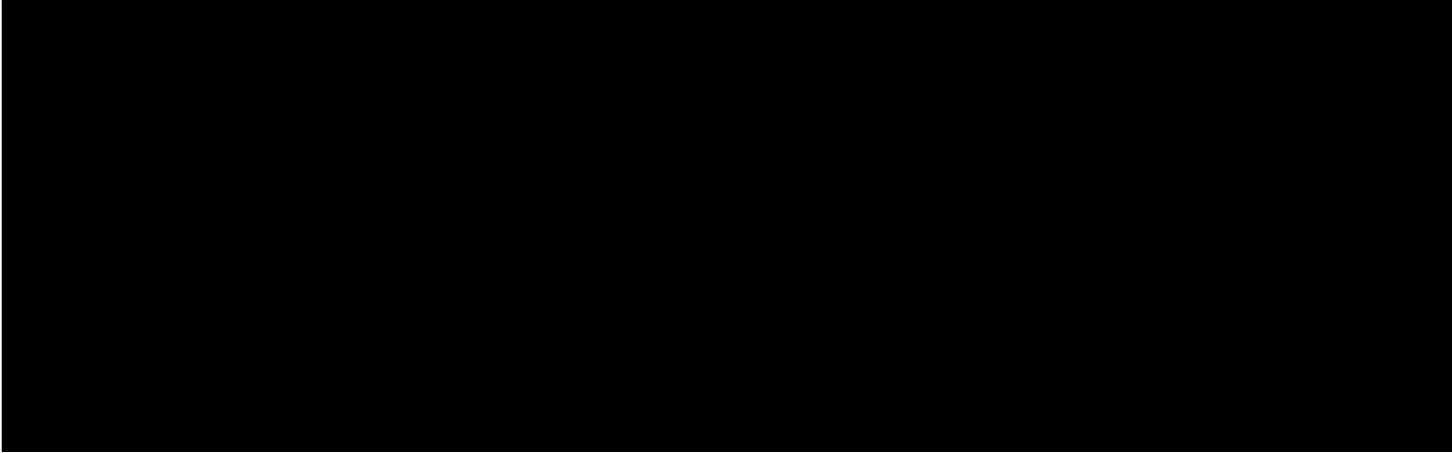
58

[REDACTED]

[REDACTED]

152



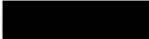


Ihre Personalien

Ich möchte Angaben zu meiner Person machen

Vorname: F 

Nachname: 

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): 

Geburtsort:

Geschlecht: männlich

Straße: 

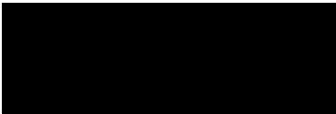
Postleitzahl: 80802

Wohnort: München

Land: Deutschland

Telefon:

E-Mail 

20211019359670125408 

Aktenzeichen: S 12 KR 1268/20

Nachrichtlich:

F

Herrn

ED 10/2017 DSRCT - Desmoplastic small-round-cell tumor

Anmerkung für das Gericht: Bei dem Desmoplastischen Rundzelltumor (DSRCT) handelt es sich um ein extrem seltenes, kleinzelliges aggressives Weichteilkarzinom, das in typischen Fällen auf den serös begrenzten Oberflächen des Peritoneums (Bauchfells) im Abdomen und Becken entsteht und in das Omentum (fettgewebsreiche „Bauchfellschürze“) und die Lymphknoten ausbreitet und hämatogen (über die Blutbahn) vor allem in die Leber streut.

Explorative Laparaskopie und partielle Peritonektomie am 10.10.2017
(Rotkreuzklinikum München)

Histologie PE kleines Becken und Oberbauch vom 13.11.2017 (Pathologie am Rotkreuzklinikum München (H 24909-17):

Infiltration durch einen solide wachsenden hochmalignen Tumor mit kleinherdigen Nekrosen. Immunhistochemie: negative Reaktion mit Synaptophysin und Chromogranin, S100, Aktin, Melan A, HMB45, CD3, CD20, Calretinin, CD34, DOG1, SOX10, Myogenin, p53, TLE1 und SATB2). Diffuse Expression von Pankkeratin, AE1/AE3 bei diffuser nukleärer Expression des C-Terminus WT1-Antikörpers und kräftigen, jedoch stark variablen Positivitäten mit Desmin.
Ki-67 heterogen, abschnittsweise bis 50 - 60%.

FISH-Analyse: EWSR1-WT1-Translokation t(11;22)

CT Abdomen: peritoneale Tumorherde diaphragmal / rechts subphrenisch, Ligamentum teres hepatis, Ligamentum gastro-colicum rechts, fraglich im Douglas Raum.

FDG-PET 11/2017: ():

3 PET-pos. Herde: paracardial dem Zwerchfell aufsitzend, unterhalb des Zwerchfells und dem Leberunterrand aufsitzend + nicht PET-pos. kleinknotige Herde im kleinen Becken (hier bioptisch gesicherter DSRCT-Befall)

Fertilitätsprotektion: Kryokonservierung

ab 12/17 **Zyklus 1 + 2:** neoadjuvante primär systemische Therapie nach dem **AI 60/9**-Schema in Kombination mit RHT (regionaler Tiefenhyperthermie)

01/18 Nuk PET-CT (low-dose) vom 11.01.18: ():
Thorax: deutliche PR der supradiaphragmalen Tumormanifestationen: re. paracardial mit einer Größe von 1,1 x 0,7 (VU 2,7 x 1,4; SUV max 1,0 - VU 7,4) und im Bereich der Herzspitze mit einer aktuellen Größe von 0,8 cm (VU 1,9 x 1,2 cm; SUV max 0,7 - VU 7,4). Milchglasartigen Verdichtungen im linken Ober- und Unterlappen sowie im rechten Unterlappen dorso-basal (jeweils ohne Stoffwechselaktivität). Kein Pleuraerguss.

Abdomen: CR der Speicherherde im Bereich der Leberpforte / auf Höhe des Bauchnabels (hier a.e. reaktiv nach Laparatomie). Keine Stoffwechselaktiven Lymphknoten.

01-02/18 **Zyklus 3 + 4:** neoadjuvante primär systemische Therapie nach dem **AI 60/6**-Schema (Deeskalation auf AI 60/6 bei Knochenmarktoxizität) in Kombination mit RHT (regionaler Tiefenhyperthermie)

28.02.18 **OP + HIPEC:** ():
Im OP-Situs keine sichtbaren Herde mehr. Komplette Entfernung des mediastinalen Fettgewebes. Komplette Omentektomie. Resektion eines 5mm großen Befundes am Antrum präpylorisch. Der einstige Befund am Ligamentum hepatoduodenale nicht mehr sichtbar.

04-06/18 **4 Zyklen** adjuvante Systemtherapie nach dem **AI 60-6**-Schema (in DR 80 % zu C2, DR 70% ab C3 wegen ausgeprägter Neutropenie) in Kombination mit RHT (regionaler Tiefenhyperthermie)

06/18 PET CT vom 07.06.18: ():
Komplette Remission der vorbekannten Lymphknoten prähepatisch bzw. präkardial. Kein Nachweis neu aufgetretener, malignomtypisch stoffwechselaktiver Raumforderungen im abgebildeten Untersuchungsbereich. Unverändert flauere Mehrsklerosierung der 6. lateralen Rippe rechts ohne wesentliche FDG-Mehrspeicherung.

06 - 07/18 **Radiotherapie** Ganzabdomen mit 30 x 1,5 Gy (Klinikum München-Großhadern):

09/18 PET-CT vom 05.09.18: ():
Kein vitaler Tumor nachweisbar. Schmäler Pleuraerguss links

09/18 – 04/19 Erhaltungstherapie nach dem O-TIE-Schema analog der CWS-2007-HR Studie mit Etoposid, Idarubicin, Trofosamid p.o.
O-TIE q6w:

Zyklus 1 / Block 1: TRO-IDA (O-TI)

TRO 2 x 75 mg/m² (2 x 130 mg = 260 mg tgl): Ixoten® 50 mg 3-0-2 (= 250 mg) d1-10
IDA 1 x 5mg/m² (8,8 mg): Zavedos® 5 mg 1 x tgl. (DR 60%) d1,4,7,10

Zyklus 1 / Block 2: TRO-ETO (O-TE)

TRO 2 x 75 mg/m² (2 x 130 mg = 260 mg tgl): Ixoten® 50 mg 3-0-2 (= 250 mg) d1-10
ETO 2 x 25 mg/m² (2 x 44 mg = 88 mg): Vepesid® 50 mg 1-0-1 (110 %)

Wegen prolongierte Panzytopenie nach C1: Therapieverzögerung um 3 Wochen

ab C2 Block 1: TRO-IDA (O-TI)

TROFOSFAMID (Ixoten®) 2-0-1 = 150 mg (DR 60 %) d1-10
IDARUBICIN (Zavedos®) 1 x tgl. 5 mg d1,4,7,10

ab C2 Block 2: TRO-ETO (O-TE)

TROFOSFAMID (Ixoten®) 2-0-1 = 150 mg (DR 60%) w4
ETOPOSID (Vepesid®) = 50 mg 1-0-0 (DR 45%)

12/18 PET-CT (Krankenhaus München-Neuwittelsbach): NED

04/19 – 06/20 Erhaltungstherapie mit Trofosamid 150 mg tgl.

Aktuell:

09/2020 Remissionskontrolle mittels PET-CT (Krankenhaus München-Neuwittelsbach): NED
persistierende Eisenüberladung mit
Ferritin > 1000 µg/l und Transferrinsättigung > 45% (aktuell 61 %)

Vorgeschlagenes Procedere:

Einleitung einer Eisen-Chelattherapie mit Deferasirox (Exjade®) 10 mg/kg KG tgl. p.o.
Exjade® ist im vorliegenden Fall angezeigt, weil

1. eine nicht-transfusionsabhängige chronische Eisenüberladung vorliegt und somit eine Verhinderung chronischer Organschädigung geboten ist
2. eine Therapie mit Desferal, das als kontinuierlich s.c. oder i.v. Infusion zu applizieren ist, als mindestens unangemessen bzw. relativ kontraindiziert (Infektionsrisiko, Risiko der Dislokation des Zugang bei mobilem, jungen Patienten, Kleinkind im Haushalt) bewertet werden muss
3. eine Phlebotomie bei Knochenmarkdepression mit persistierender Panzytopenie nach prolongierter Systemtherapie kontraindiziert ist

Anamnese:

Der Patient hatte sich wegen rechtsseitiger Oberbauchschmerzen Anfang Oktober 2017 in der Notaufnahme der Rotkreuzklinikums vorgestellt. In der CT-Diagnostik stellten sich neben Nierensteinen abdominelle Raumforderungen dar. Es erfolgte eine Ureterschienung und Nierensteinextraktion sowie laparoskopische PE und Resektion von abdominell detektierbaren Herden. Die histologische Aufarbeitung des Materials erbrachte o.g. Diagnose.
Nach Abschluss der multimodalen Therapie (s.o.) bestehen intermittierende, abdominelle, am ehesten therapiebedingte Beschwerden v.a. im rechten Unterbauch und den Flanken (a.e. in Folge von Adhäsionen und Stenosierungen des Darmlumens nach Operation und Ganzabdomenbestrahlung). Außerdem ist es im Behandlungsverlauf zu einer sukzessiv zunehmenden, deutlichen Einschränkung der bisher sehr guten körperlichen Belastbarkeit gekommen. Der Patient bemerkt, auf dem Rennrad nach und nach langsamer geworden zu sein, bei halbiertem Ausdauer (ca. 25km vs 50km) und höherem Puls. Weiterhin tritt intermittierend nicht orthostatisch bedingter Schwindel auf.

Körperliche Untersuchung:

Größe: [redacted], Gewichtsabnahme von 75 kg auf 68/69 kg, weitere Gewichtsabnahme bis auf aktuell 61 kg im Laufe der Therapie. Schilddrüse nicht vergrößert, keine vergrößerten Lymphknoten cervical, axillär, claviculär, inguinal, Pulmo vesikuläres Atemgeräusch, keine Rasselgeräusche, Herztöne rein, regelmäßig, RR 120/80 mm Hg, Hf 100 /min, ECOG 0, Abdomen weich, Leber und Milz nicht vergrößert tastbar, Darmgeräusche regelrecht, Nierenlager frei, keine peripheren Ödeme. Ossär kein Klopfeschmerz.

Echokardiographie / Ruhe-EKG:

Normale linksventrikuläre Pumpfunktion (Auswurfraction 65%)
Inkompletter Rechtsschenkelblock ohne pathologischen Stellenwert.

CT-Thorax/Abdomen 09/17:

Peritoneale Tumorherde diaphragmal / rechts subphrenisch, Ligamentum teres hepatis, Ligamentum gastro-colicum rechts, fraglich im Douglas Raum.

Nuk PET-CT (low-dose) (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach) vom 01/17 nach 2 AI 60/9:
 Hals/Thorax: keine Stoffwechselaktiven Lymphknoten Cervikal, axillär und mediastinal, gering stoffwechselaktive Lymphknoten bds. hilär (DD. reaktiv- SUV max 2,3), deutliche PR der supradiaphragmalen Tumormanifestationen: re. paracardial mit einer aktuellen Größe von 1,1 x 0,7 (VU 2,7 x 1,4; SUV max 1,0 - VU 7,4) und im Bereich der Herzspitze mit einer aktuellen Größe von 0,8 cm (VU 1,9 x 1,2 cm; SUV max 0,7 - VU 7,4). weitgehend unveränderte Darstellung der milchglasartigen Verdichtungen im linken Ober- und Unterlappen sowie im rechten Unterlappen dorso-basal (jeweils ohne Stoffwechselaktivität). Kein Pleuraerguss.
 Abdomen: CR der Speicherherde im Bereich der Leberpforte, auf Höhe des Bauchnabels (a.e. reaktiv nach Laparatomie). Keine Stoffwechselaktiven Lymphknoten.

Nuk PET CT von 06/18 (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach) nach Op und 4 x adjuvant AI 60/6:

Komplette Remission der vorbekannten Lymphknoten prähepatisch bzw. präkardial. Kein Nachweis neu aufgetretener, malignomtypisch stoffwechselaktiver Raumforderungen im abgebildeten Untersuchungsbereich. Unverändert flauere Mehrsklerosierung der 6. lateralen Rippe rechts ohne wesentliche FDG-Mehrspeicherung.

Nuk PET-CT von 09/18 (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach) nach Ganzabdomenbestrahlung IMRT:

Kein vitaler Tumor nachweisbar. Neu: schmaler Pleuraerguss links.

Nuk PET-CT Ganzkörper (low-dose) (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach) von 02/18 unter O-TIE-Erhaltungstherapie:

Kein Hinweis auf FDG-aviden Tumorreizidiv des desmoplastischen Rundzelltumors. Regredienter schmaler Pleuraerguss links.

PET CT vom 07.06.18 (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach):

Komplette Remission der vorbekannten Lymphknoten prähepatisch bzw. Präkardial. Kein Nachweis neu aufgetretener, malignomtypisch stoffwechselaktiver Raumforderungen im abgebildeten Untersuchungsbereich. Unverändert flauere Mehrsklerosierung der 6. lateralen Rippe rechts ohne wesentliche FDG-Mehrspeicherung. Kontrollbedürftig.

PET-CT vom 05.09.18 (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach):

In der VU waren die Tumormanifestationen als sehr intensiv speichernde FDG Foci erkennbar. aktuell: kein vitaler Tumor nachweisbar. neu: schmaler Pleuraerguss links.

Nuk PET-CT Ganzkörper (low-dose) (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach) vom 10.12.18:

Kein Hinweis auf FDG-aviden Tumorreizidiv des desmoplastischen Rundzelltumors- Regredienter schmaler Pleuraerguss links.

PET-CT vom 11.03.19 (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach):

Kein Anhalt für Rezidiv in der PET und ergänzenden diagnostischen CT. Minimaler Aszites im Becken - evtl. methodisch bedingt - in der Voruntersuchung nicht erkennbar.

PET-CT vom 18.06.19 (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach):

Kein Anhalt für ein Rezidiv.

Nuk PET-CT, Ganzkörper mit i.v. KM (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach) vom 16.09.19:

Kein Hinweis auf eine Lokalrezidiv oder Metastasen.

Nuk PET-Ct Ganzkörper mit i.v. KM (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach) vom 07.01.20:

Kein Nachweis von Tumormanifestationen.

Minimale hypodense mutmaßliche Flüssigkeit auf der Gerota-Fazie ventral der Niere. Dieser Befund ist sehr diskret auch an den Voruntersuchungen erkennbar. Einzelne bis 4 mm große links paraaortale Lymphknoten auf Höhe des Abgangs des Truncus coeliacus, diese unverändert und FDG negativ. Der vorbestehende Perikarderguss ist im Vergleich zu den Voruntersuchungen allenfalls rudimentär an der ventralen Basis des rechten Ventrikels erkennbar. Kein Nachweis kontrastmittelaufnehmender solider subdiaphragmaler bzw. paracardialer Läsionen.

PET-Ct Ganzkörper mit i.v. KM (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach) vom 16.05.2020:

Unveränderter Befund zu den früheren Untersuchungen. Kein Nachweis einer FDG positiven Tumormanifestation.

Ähnlich zu den VU minimaler Perikarderguss an der Basis vor dem rechten Ventrikel.

Unspezifische FDG-Anreicherung des Colon ascendes und der Bauhinschen Klappe.

PET-Ct Ganzkörper (PET-CT Nymphenburg/KH-Neuwittelsbach) vom 30.09.2020:

Kein Nachweis einer FDG positiven Tumormanifestation im Untersuchungsgebiet

Verzicht auf eine diagnostische CT.

Labor:**Next-Generation-Sequencing (NGS-Analyse):**

Kein Nachweis von tumorgenetischen Mutationen in den untersuchten Genen.

Zellanalytik im peripheren Blut vom 05.09.18:

WBC 2,1 G/l, ANC 1,3 G/l, Lymphozytopenie mit Verminderung der T- und B-Zellen, Hb 12,4 g/dl, Plt 46 G/l; keine Thrombozytenaggreagte. Keine Blasten, keine Dysplasien.

Unauffälliges Oberflächenprofil der T-Zellen und keine Leichtkettenrestriktion der B-Zellen

Differentialblutbild vom 09.03.20: WBC 2,7 G/l - ANC 1,9 G/l - Hb 9,4 g/dl - Plt 77 G/l

Differentialblutbild vom 03.07.20: WBC 1,5 G/l - ANC 0,8 G/l - Lymphozyten 0,4 G/l - Monozyten 0,3 G/l - Hgb 8,8 g/dl - Plt 142 G/l

Differentialblutbild vom 25.09.20: WBC 3,9 G/l - ANC 2,6 G/l - Lymphozyten 0,7 G/l - Monozyten 0,6 G/l - Hgb 10,9 g/dl - Plt 174 G/l

Serumchemie: nach Abdomen-Bestrahlung GGT + AP passager erhöht - seit 06/19 wieder i.N.

Außerhalb der Norm liegen aktuell:

Ferritin max. 2439, aktuell: 1370 µg/l (N.: 20 - 250), Transferrin-Sättigung max. 79, aktuell 61 %.

Transferrin max 182, aktuell 172 µg/l

Keine CRP-Erhöhung, d.h. keine Ferritin-Erhöhung i.S. einer Akut-Phasereaktion.

H63D-Mutation: heterozygot, kein C282Y-Nachweis

FRAGE 6: es wurde nie eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt.

FRAGE 7: Epikritische Zusammenfassung der Befunde und des Verlaufes:

Nach Abschluss der Primärtherapie mit perioperativer Chemotherapie in Kombination mit regionaler Tiefenhyperthermie und OP in Kombination mit HIPEC ergab sich bisher kein Hinweis für vitale und bildmorphologisch erfassbare Tumorresiduen. Der Patient entschloss sich aufgrund der aggressiven Tumorbilologie zur konsolidierenden adjuvanten Ganz-Abdomenbestrahlung, welche über einen Zweitraum von 4 Wochen von Juni bis Juli 2018 appliziert wurde und eine anhaltende hyporegenerative Knochenmarkinsuffizienz nach sich zog, weshalb die im September 2018 initiierte Erhaltungstherapie nach dem O-TIE-Schema nur in deutlich dosisreduzierter Form durchgeführt werden konnte. Ab Mai 2019 bis Juli 2020 erhielt der Patient aufgrund des hohen Rezidivierungsrisikos des Tumors eine Mono-Therapie mit Trofosamid als Erhaltungstherapie.

In den Remissionskontrollen mittels FDG-PET ergibt sich seit 09/2018 no evidence of disease.

In Bezug auf die Tumorerkrankung ergibt sich zusammenfassend eine deutliche Verbesserung des Befundes, da aktuell eine Komplettremission vorliegt.

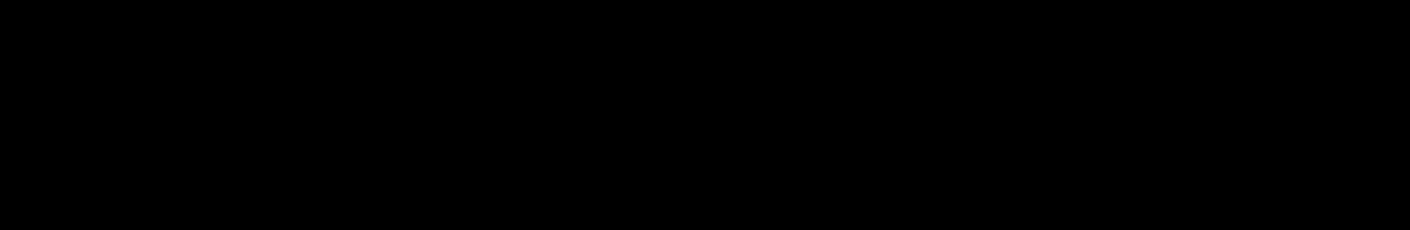
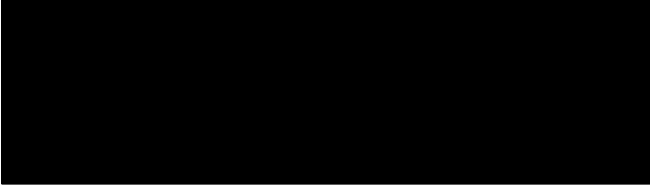
Allerdings ist auch nach Beendigung der langwierigen Chemotherapie eine mit signifikanter Transferrin-Sättigungserhöhung einhergehende Hyperferritinämie zu beobachten. Da Heterozygotie für H63D ohne C282Y-Nachweis nicht als Risikofaktor für eine hereditäre Eisenspeicherkrankheit (Hämochromatose Typ 1) gilt, handelt es sich differentialdiagnostisch entweder um eine seltene genetische Form einer Eisenspeichererkrankung oder eine therapieinduzierte Eisenresorptionsstörung.

Eine reine transfusionsabhängige Eisenüberladung ist liegt höchstwahrscheinlich nicht vor, denn der Patient hat im Verlauf der Erkrankung deutlich weniger als 20 Erythrozytenkonzentrate erhalten (insgesamt 10 Konzentrate: 06/18, 08/18, 10/18, 11/18 und 02 /19 jeweils zwei Erythrozytenkonzentrate).

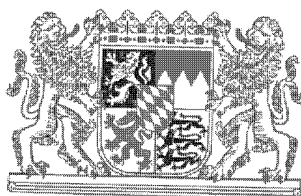
Unabhängig von der Ursache der Eisenüberladung besteht das Risiko, dass sich das überschüssige Eisen in Organen wie Herz, Leber, Schilddrüse oder Knochenmark ablagert und zu schweren, dauerhaften Beeinträchtigung der Leber- und Herzfunktion, Schädigung des Knochenmarks, Zuckerkrankheit und Unterfunktion der Schilddrüse führt.

Zur Vermeidung solcher sekundärer Organschäden durch die fortbestehende Eisenüberladung ist deshalb eine Chelattherapie mit Deferasirox analog der Anwendung bei Patienten mit Eisenüberladung bei HFE-Homozygotie oder nicht-transfusionsabhängiger Eisenüberladung bei Thallassämie mit Exjade® 10 mg/kg KG p.o. tgl. angezeigt

Eine Phlebotomie ist aufgrund der im Verlauf sich nach dem Chemotherapieende nur langsam erholenden Knochenmarkdepression mit noch bestehender Panzytopenie nicht durchführbar.



S 12 KR 1265/20 ER



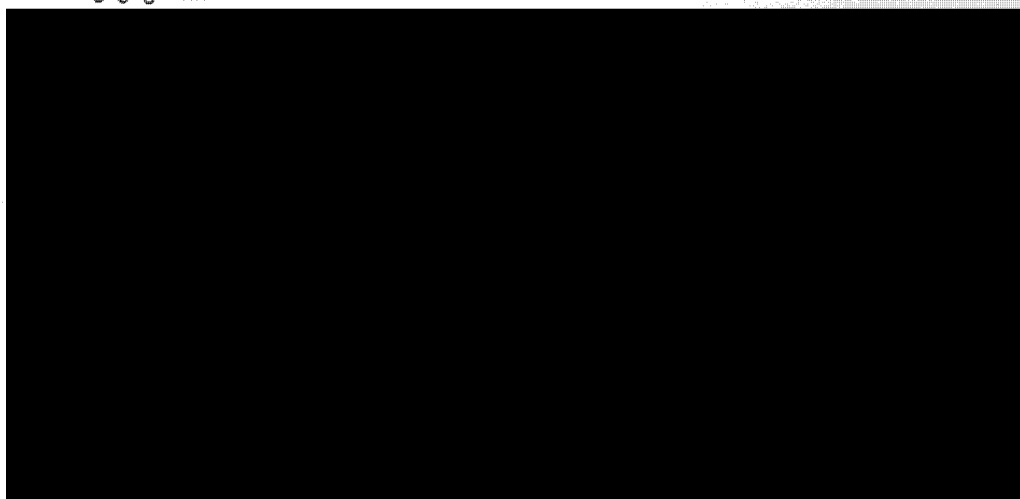
SOZIALGERICHT MÜNCHEN

In dem Antragsverfahren

F [REDACTED]
- Antragsteller -

gegen

Techniker Krankenkasse, Hauptverwaltung, vertreten durch den Vorstand, Bramfelder
Straße 140, 22305 Hamburg - [REDACTED] -
- Antragsgegnerin -



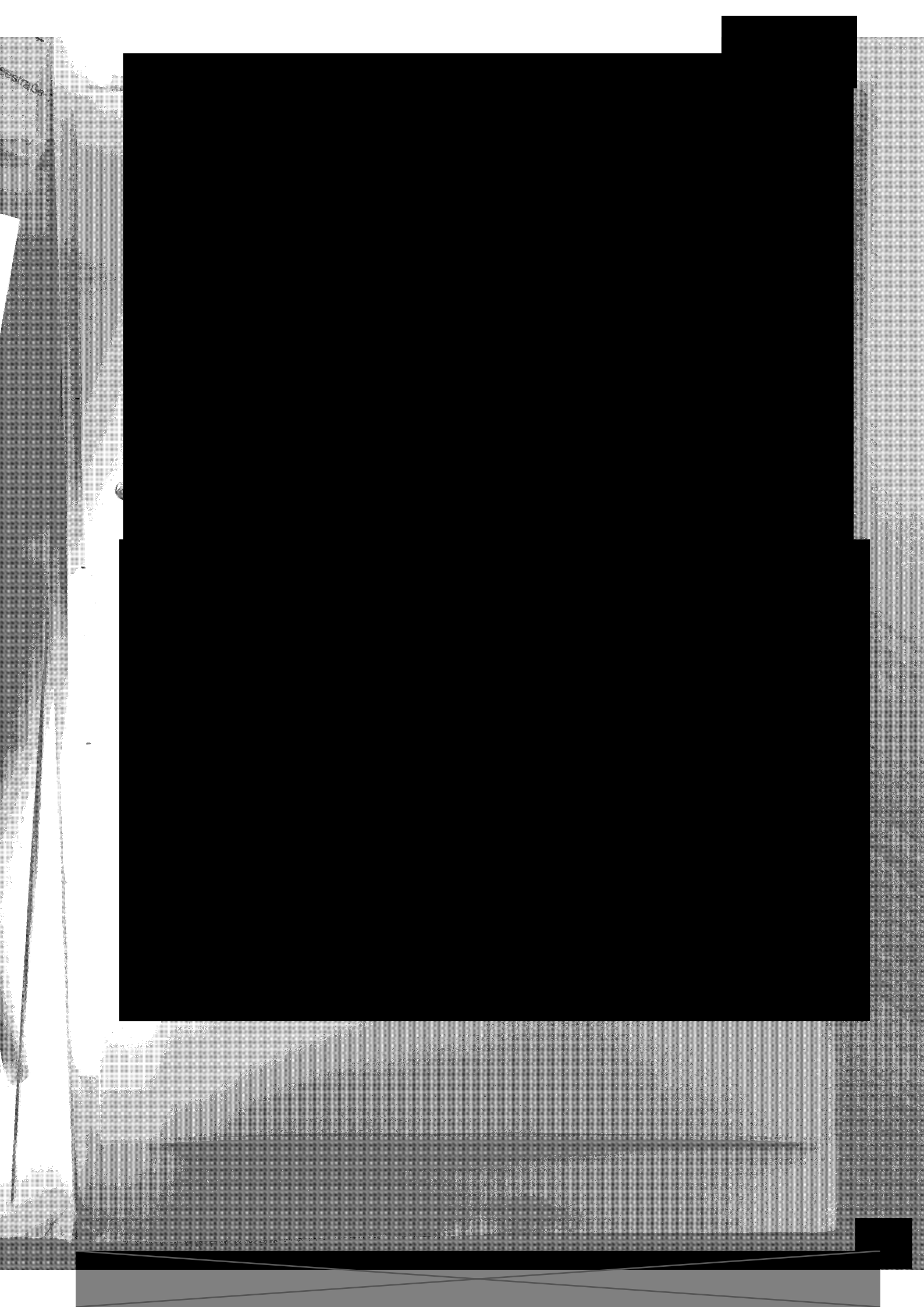
1. Der am [REDACTED] geborene Antragsteller ist Mitglied der Antragsgegnerin. Er leidet unter einer sehr seltenen, multipel vorbehandelten onkologischen Grunderkrankung und einer Eisenüberladung.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



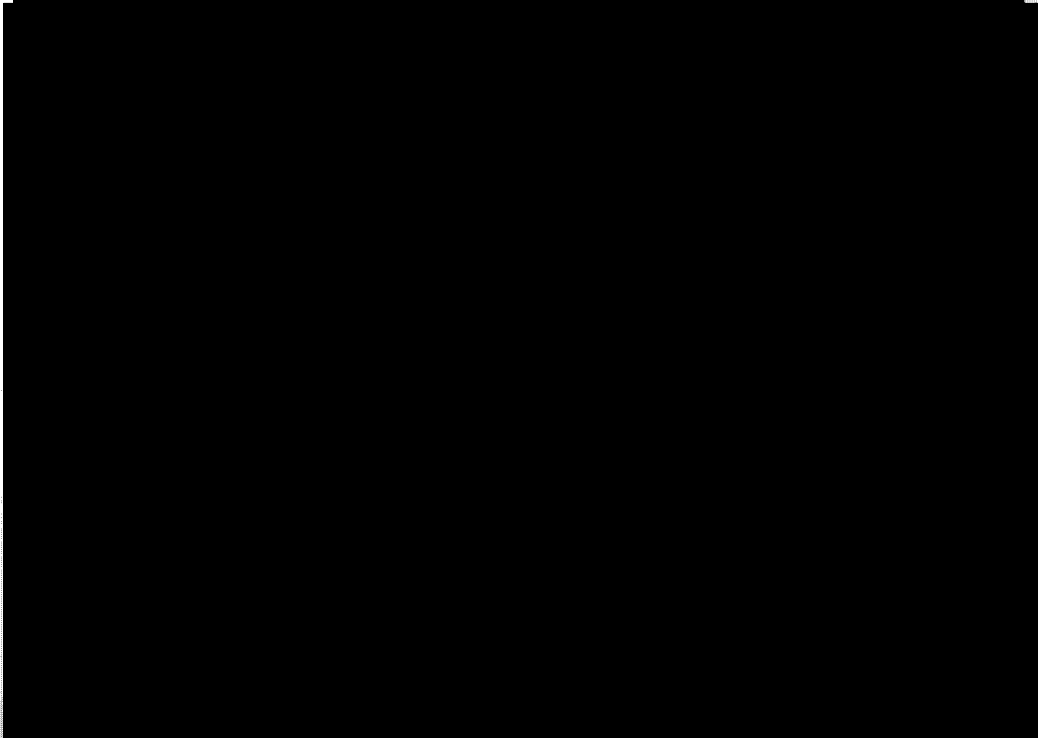
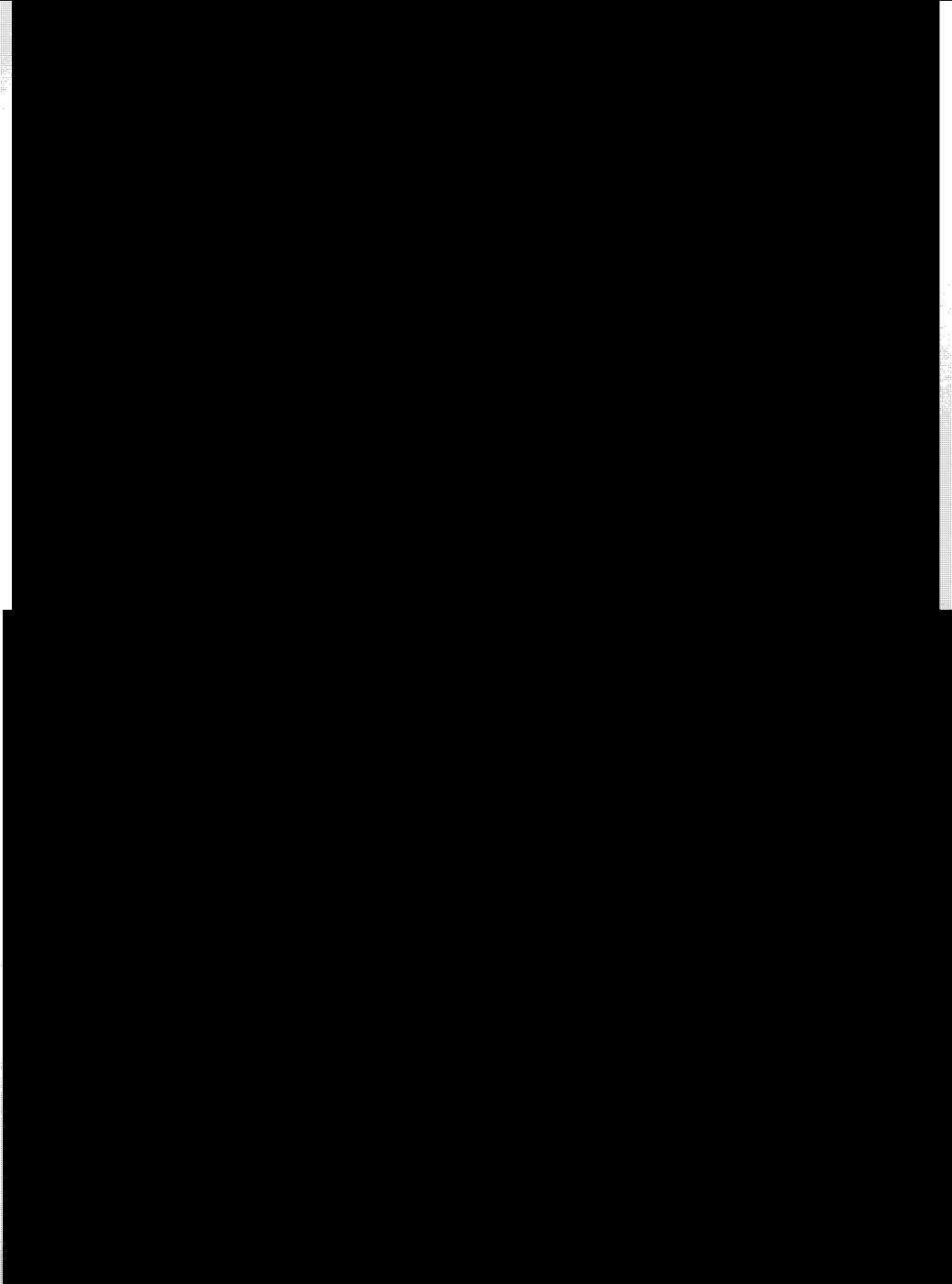
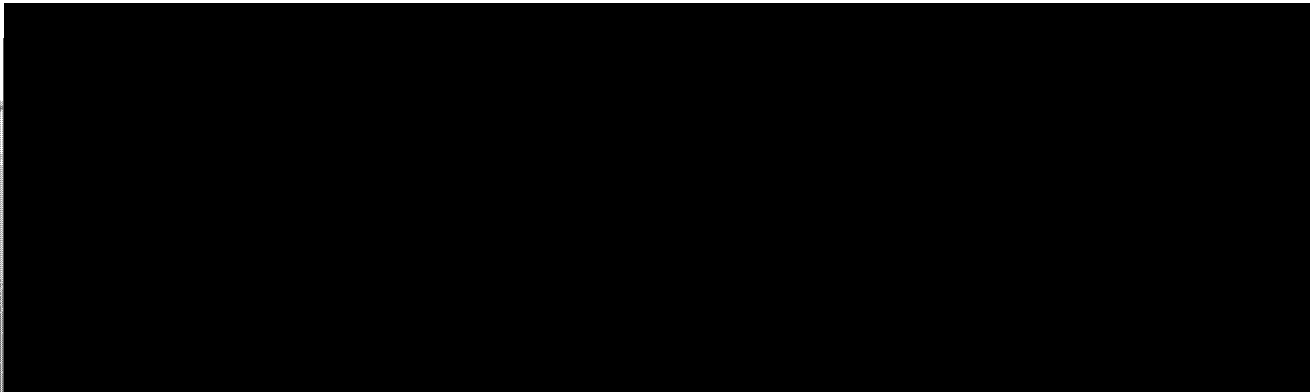
[REDACTED]

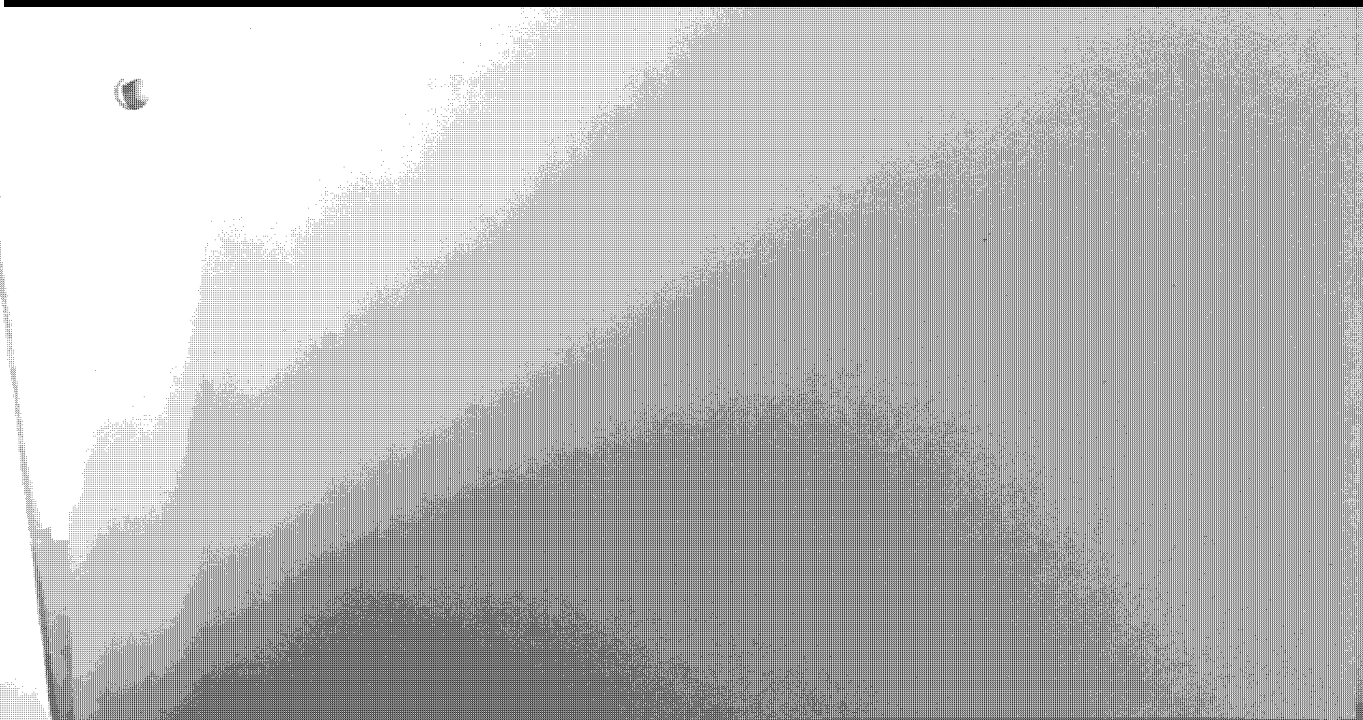
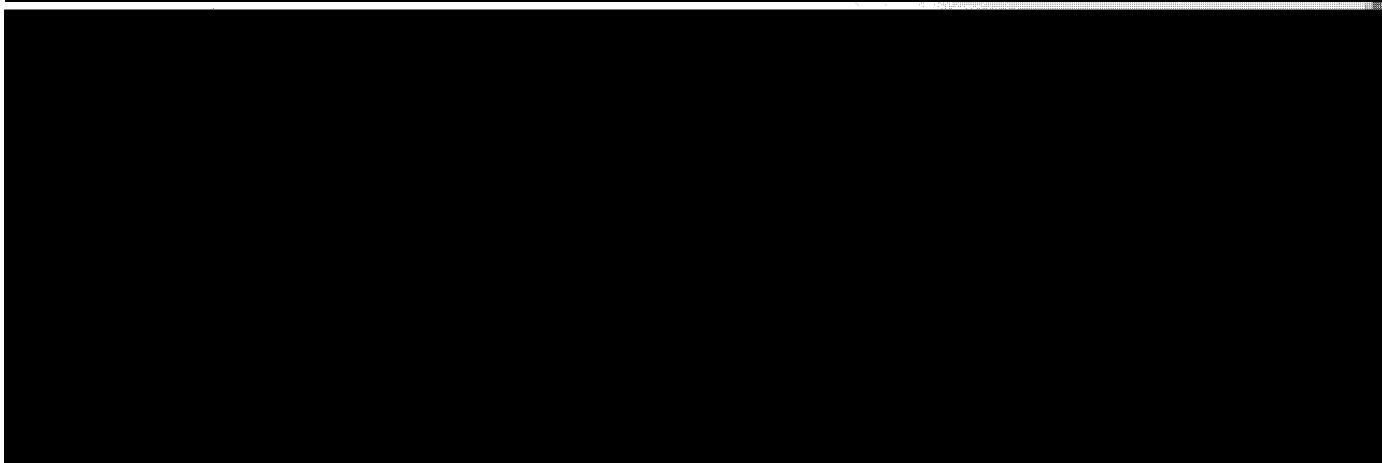
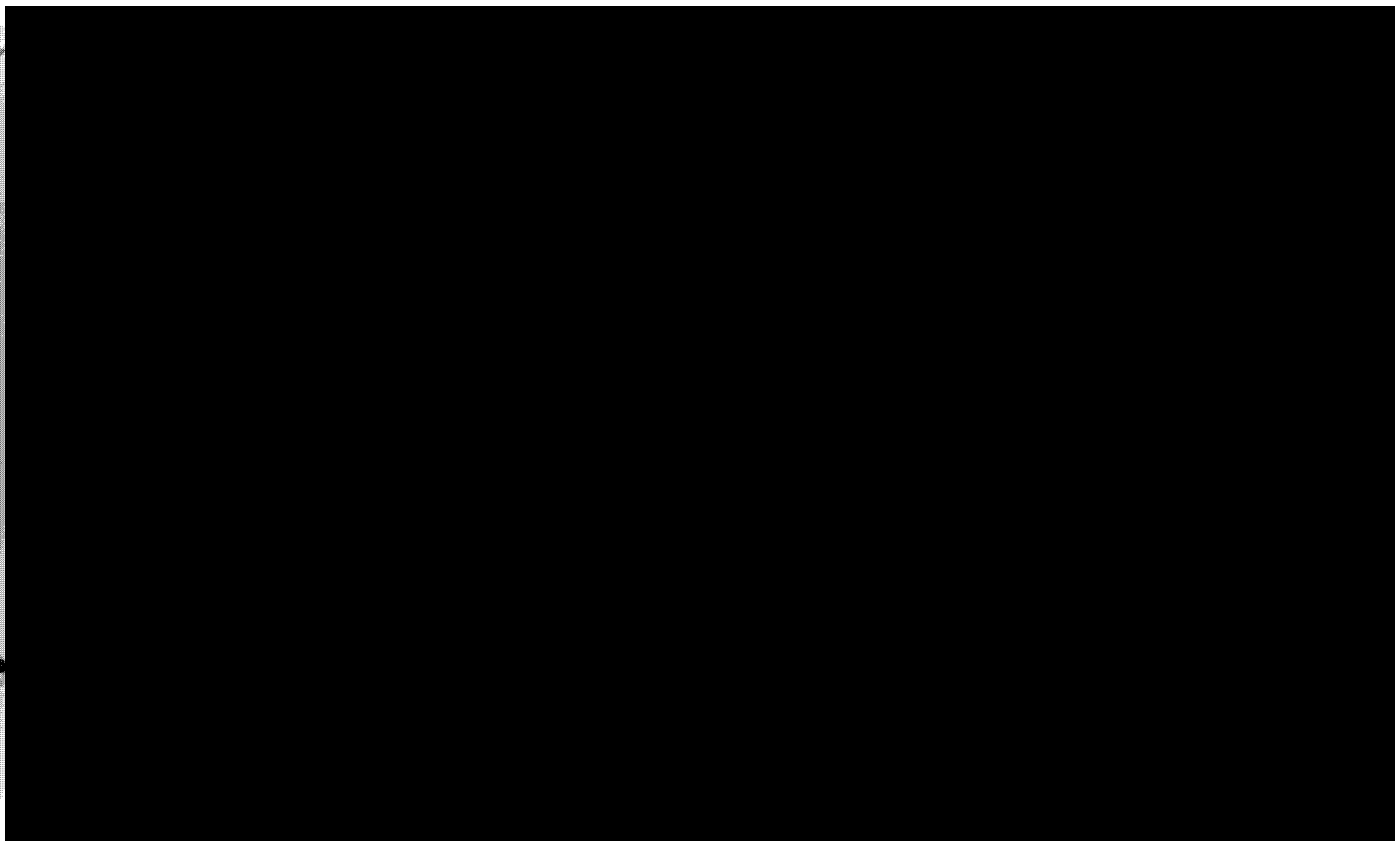
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] Auch
wenn es sich bei der beim Antragsteller bestehenden Krebserkrankung nebst der Eisen-
überladung zweifelsohne um eine die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchti-
gende Krankheit handelt, [REDACTED]

[REDACTED]





Debeka Versichern und Bausparen

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.

Leistungszentrum
Postfach 30 03 55
56027 Koblenz

Telefon (02 61) 4 98 - 45 17
Telefax (02 61) 4 98 - 23 91

Service-Nr. 

9. Dezember 2020

05 2FF7 4F60 72 3001 AC52
DV 12 0.80 Deutsche Post 
*K4000*02000778*
*038*L-KV*1827*0006863*12.2020*



Herrn 

Stationärer Krankenhausaufenthalt
Klinikum Harlaching - Städtisches Klinikum München

Patient: 

Geburtsdatum: 

Ab: 07.12.2020

Aufnahmenummer: 

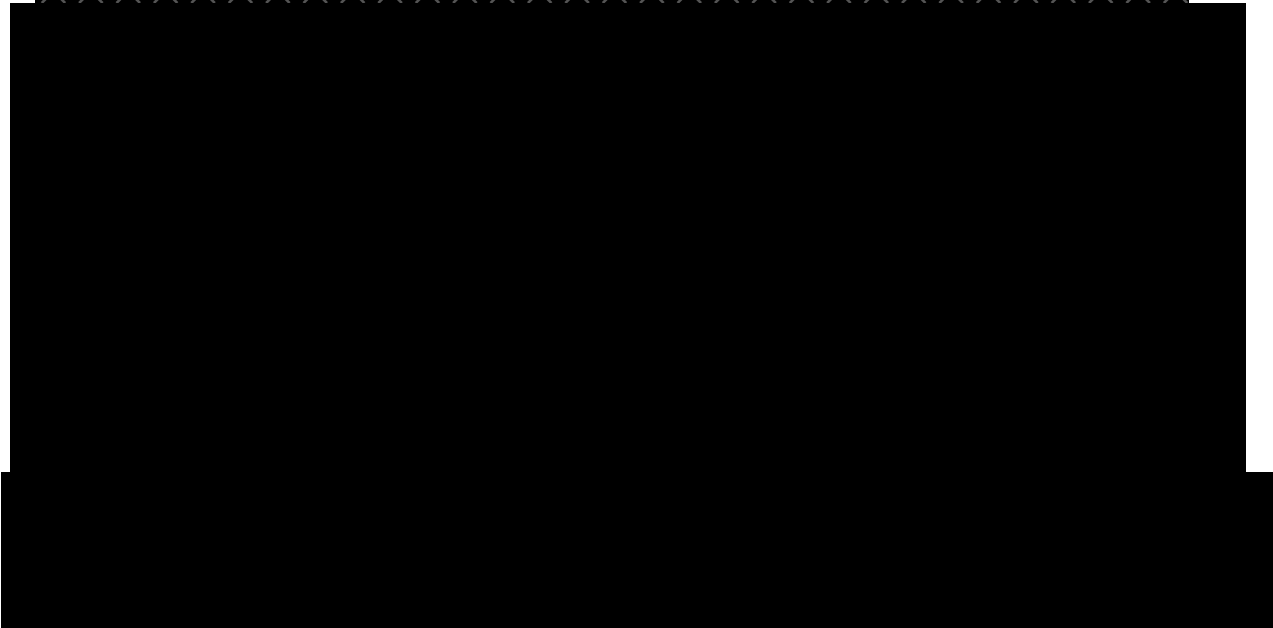
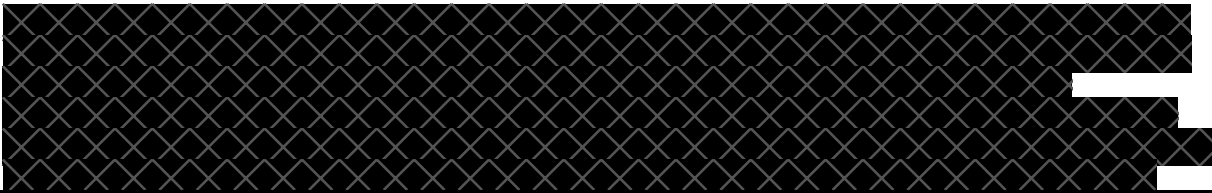
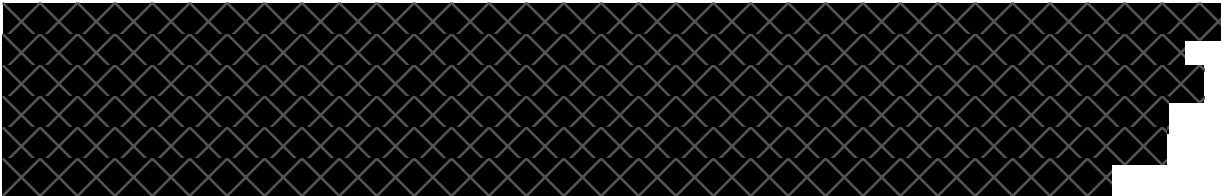
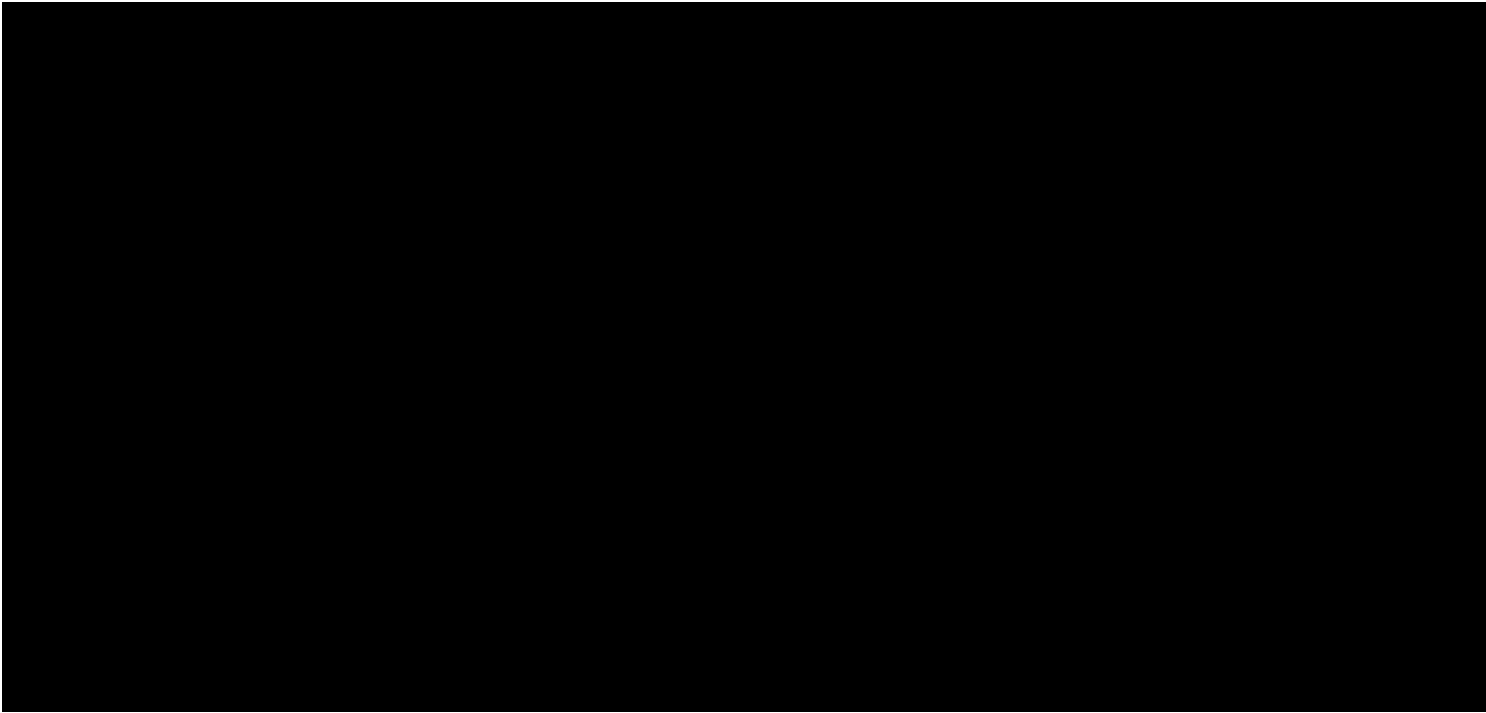
Wegen: Sepsis, nicht näher bezeichnet

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



BUNDESVERFASSUNGSGERICHT

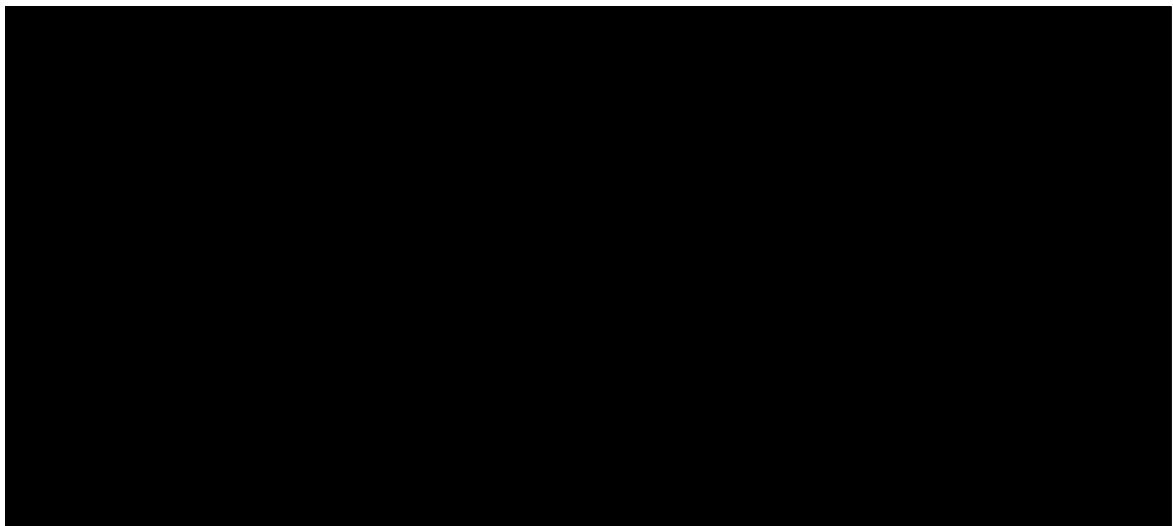
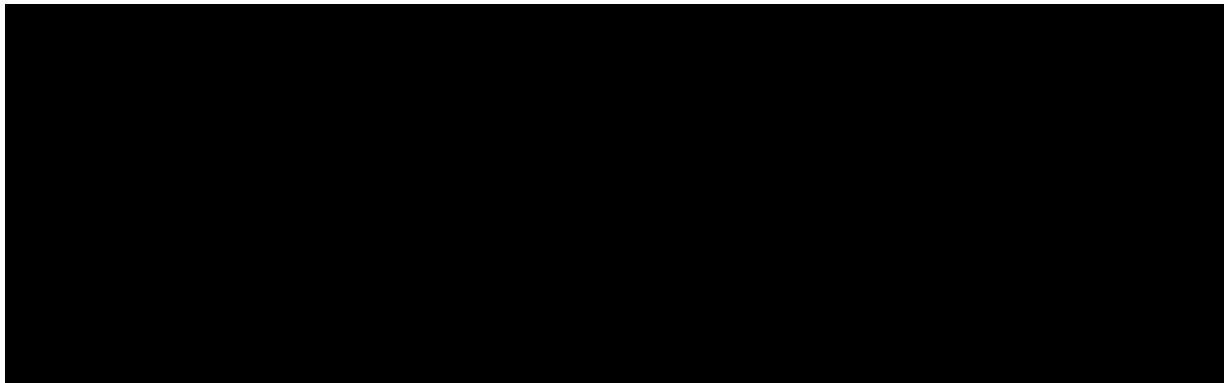
- 1 BvR 720/21 -

In dem Verfahren
über
die Verfassungsbeschwerde

des Herrn F [REDACTED],
[REDACTED], 80802 München,

- gegen a) den Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts
vom 10. März 2021 - L 5 KR 542/20 B ER -,
b) den Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts
vom 3. Februar 2021 - L 5 KR 542/20 B ER -,
c) den Beschluss des Sozialgerichts München
vom 17. November 2020 - S 12 KR 1265/20 ER -

u n d Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung

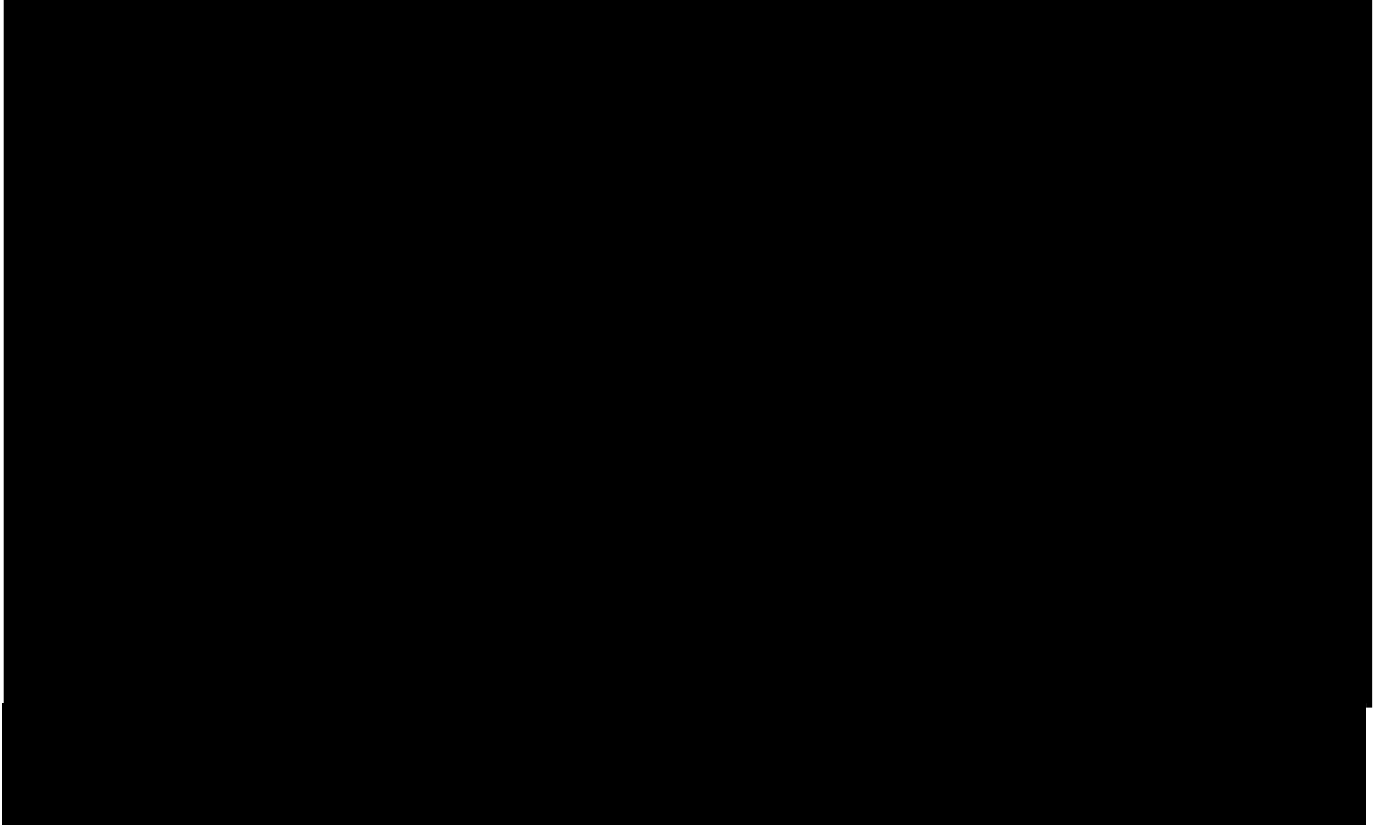




2024 0378521 - Stellungnahme an ASt
- Herausgabe von



ngangs o umen





-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: [REDACTED]

Gesendet: Donnerstag, 26. September 2024 15:39

An: [REDACTED] <[REDACTED]>

Betreff: AW: Herausgabe von personenbezogenen Daten

BMI ZII4.20108/4#190

[REDACTED] Herr [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Von: F [REDACTED] <[REDACTED]>

Gesendet: Donnerstag, 29. August 2024 10:10

An: [REDACTED]

Betreff: Herausgabe von personenbezogenen Daten

[REDACTED]

F [REDACTED]



2024/0407416 - ZII4.20108/4#190 zu den
Akten

