

Widerruf meines Widerspruchs gegen die elektronische Patientenakte (ePA) für alle

Sie möchten die ePA doch nutzen und Ihren Widerspruch rückgängig machen?
Dann können Sie Ihren Widerspruch mit Hilfe dieses Formulars widerrufen.

Der Widerruf soll auch für Ihre mitversicherten Kinder unter 15 Jahren gelten? Dann füllen Sie die Rückseite aus.

Persönliche Angaben

Nachname, Vorname

Geb.-Dat.

Versichertennummer

Straße, Postleitzahl, Wohnort

Erklärung des Widerrufs

Hiermit widerrufe ich meinen Widerspruch:

- gegen die Anlage einer ePA für alle insgesamt
oder nur für folgende Teilbereiche
 - gegen das Einstellen von Abrechnungsdaten durch die Krankenkasse
 - gegen das Einstellen von Daten aus dem e-Rezept Fachdienst
 - gegen die Weiterleitung der ePA-Daten zu Forschungszwecken
 - gegen die Teilnahme am digital gestützten Medikationsprozess der ePA
-

Name des Unterzeichners

Telefonnummer*

Ort, Datum

E-Mail-Adresse*

Unterschrift (Bei minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

*freiwillige Angaben

Für folgende familienversicherte Kinder unter 15 Jahren soll mein umseitig genannter Widerruf auch gelten:

Kind 1 – unter 15 Jahren

Nachname, Vorname	Geb.-Dat.
Versichertennummer	
Straße, Postleitzahl, Wohnort	

Kind 2 – unter 15 Jahren

Nachname, Vorname	Geb.-Dat.
Versichertennummer	
Straße, Postleitzahl, Wohnort	

Kind 3 – unter 15 Jahren

Nachname, Vorname	Geb.-Dat.
Versichertennummer	
Straße, Postleitzahl, Wohnort	