

Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte (ePA) für alle

Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Sofern Sie sich gegen die Einrichtung einer ePA entscheiden, können Sie uns Ihren Widerspruch mit Hilfe dieses Formulars einsenden.



Der Widerspruch 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 Widerspruchs

Hiermit widerspreche ich:

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)

Für folgende familienversicherte Kinder unter 15 Jahren soll mein umseitig genannter Widerspruch 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 | |