

Absender

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

An die Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Straße/ Postfach

PLZ, Ort

Widerspruch gegen die ePA Versichertennummer _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich vorsorglich dem Anlegen einer elektronischen Patientenakte von meiner Person. Eine eventuell bereits angelegte elektronische Patientenakte bitte ich zu löschen.

Für den Fall, dass die Bestimmungen, die einen Widerspruch erforderlich machen, erst zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft treten, möchte ich diesen schon dafür abgeben und bitte Sie, mir rechtzeitig Bescheid zu geben, falls ein erneuter Widerspruch eingelegt werden muss.

Zudem weise ich auf § 335 SGB V in der Fassung des Patientendaten-Schutz-Gesetzes hin:

(3) Die Versicherten dürfen nicht bevorzugt oder benachteiligt werden, weil sie einen Zugriff auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 bewirkt oder verweigert haben.

Ich bitte um schriftliche Bestätigung an meine oben genannte Adresse.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift