

Absender (Angaben zu Ihrer Person)

Name, Vorname

Straße

PLZ Ort

An Ihre Krankenkasse (Name der Krankenkasse / Adresse Sitz o. Niederlassung)

10-stellige Versichertennummer Ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Widerspruch zur elektronischen Patientenakte

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Für den Fall, dass die Vorschriften, die einen Widerspruch erforderlich machen, erst zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft treten, möchte ich bereits jetzt widersprechen und bitte Sie, mich rechtzeitig zu informieren, falls ein erneuter Widerspruch erforderlich sein sollte.

Zudem weise ich auf § 335 SGB V in der Fassung des PDSG 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 o.g. Absender-Adresse.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Ihre Unterschrift