
Name Versicherte/Versicherter

Straße, Hausnr.

Postleitzahl, Wohnort

Name Krankenkasse

Straße Haus-Nr./Postfach

Postleitzahl, Ort

Datum

**Widerspruch gegen die Einrichtung einer elektronischen
Patientenakte (ePA)**

Meine Versichertennummer: _____

Mein Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich der Einrichtung einer elektronischen Patientenakte (ePA) für mich.

Ich bitte um entsprechende schriftliche Bestätigung des Eingangs meines Widerspruchs. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Versicherte/Versicherter