
Name Versicherte/Versicherter

Straße, Hausnr.

Postleitzahl, Wohnort

Name Krankenkasse

Straße Haus-Nr./Postfach

Postleitzahl, Ort

Datum

Widerspruch gegen die Übernahme von Abrechnungsdaten in meine elektronische Patientenakte (ePA)

Meine Versichertennummer: _____

Mein Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich ausdrücklich der Übernahme von Daten über die bei Ihnen als gesetzliche Krankenkasse in Anspruch genommenen Leistungen in meine elektronische Patientenakte (ePA), wie sie in § 350 SGBV (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch) vorgesehen ist. Dieser Widerspruch ist nach §§ 343 Abs. 1a Satz 3 Nr. 10 und 350 Abs.1 Satz 2 SGB V zulässig.

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

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Versicherte/Versicherter