
Name Versicherte/Versicherter

Straße, Hausnr.

Postleitzahl, Wohnort

Name Krankenkasse

Ombudsstelle ePA

Straße Haus-Nr./Postfach

Postleitzahl, Ort

Datum

Widerspruch gegen Zugriffsmöglichkeit auf meine elektronische Patientenakte (ePA) durch Praxis _____

Meine Versichertennummer: _____

Mein Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich für die gesamte Dauer meiner Behandlung ausdrücklich einem Zugriffsrecht der Praxis

Name Behandler:in/Therapeut:in

Praxisadresse: Straße, Hausnr.

Praxisadresse: PLZ, Ort

sowohl durch den behandelnden Arzt/Therapeuten bzw. die behandelnde Ärztin/Therapeutin selbst, als auch durch sonstiges dort tätiges Personal auf meine elektronische Patientenakte (ePA) nach § 352 Abs. 1 SGBV (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch). Die o.g. Praxis soll bis zu einem Widerruf meinerseits keine Daten in meiner ePA lesen oder einstellen.

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

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Versicherte/Versicherter