**Erklärung zur elektronischen Patientenakte (ePA)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Patient/-in: Vorname, Name, Geburtsdatum) (Datum)

**O Kompletter Widerspruch**

Ich habe bei meiner Krankenkasse Widerspruch gegen die Anlage einer ePA eingelegt und/oder um Löschung einer eventuell bereits angelegten ePA gebeten.

Damit können meine Daten nicht befugt oder unbefugt von Dritten zum meinem Nachteil genutzt werden. Haftungsfragen ergeben sich nicht. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt gewährleistet.

**O Widerspruch gegen Befüllung durch die behandelnde Praxis**

Hiermit widerspreche ich jeglicher Übertragung von medizinischen Daten in meine ePA und entbinde die mich behandelnde Praxis von den Verpflichtungen zur Unterstützung und Befüllung ePA nach den §§ 346 und 347 SGB V. Damit verhindere ich, dass meine Daten von der Praxis auf zentrale Server hochgeladen werden. Dieser Widerspruch gilt bis auf Widerruf. Ich verzichte auf weitere Informationen zur Verwendung der ePA.

Mir ist bewusst, dass

* trotz dieses Widerspruchs die Krankenkasse dennoch alle Abrechnungsdaten (auch dieser Praxis) und
* andere mich behandelnde Leistungserbringende medizinische Daten

auf den für meine ePA genutzten zentralen Server übertragen, wenn ich nicht widerspreche oder in der ePA-App entsprechende Einstellungen vornehme.

Diese Daten sind dann für alle ePA-Zugriffsberechtigten (z. B. Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser) auch ohne meine Einwilligung lesbar und nutzbar. Dies kommt einer einseitigen Aufkündigung der ärztlichen Schweigepflicht durch mich gleich.

Auf die Möglichkeit eines generellen Widerspruchs gegen das Anlegen einer ePA wurde ich durch die Praxis hingewiesen. Ich habe mich bewusst dagegen entschieden und nehme damit das Risiko eines für mich schädlichen Gebrauchs oder Missbrauchs meiner Krankheitsdaten bewusst in Kauf.

**O Entbindung der Praxis vom Lesen der ePA**

Ich entbinde hiermit die mich behandelnde Praxis von der Pflicht, selbständig in meiner Akte nach für die Behandlung relevanten Befunden zu suchen. Die für die Behandlung relevanten Befunde werde ich der Praxis anderweitig zur Kenntnis zu geben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift Patient/-in bzw. gesetzl. Vertreter)