Absender

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

(Versicherte/r: Vorname, Name, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_

(PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Empfänger

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Krankenkasse)

 E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Postfach/Straße, Hausnummer)

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

(PLZ, Ort)

**Widerspruch gegenüber meiner Krankenkasse zur Befüllung meiner elektronischen Patientenaktie (ePA) mit Abrechnungs- und Krankheitsdaten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich ausdrücklich der Befüllung meiner ePA mit bei meiner Krankenkasse gespeicherten Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen des Versicherten (gemäß § 341 Abs. 2 SGB V bzw. § 350 SGB V), insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann (gemäß § 347 Abs. 1 SGB V).

Für den Fall, dass derartige Daten auf meine ePA übertragen werden oder worden sein sollten, bitte ich Sie diese vollumfänglich zu löschen und weise Sie ausdrücklich auf Ihr Haftungsrisiko bei einem mir möglichen Schaden durch den Gebrauch oder Missbrauch dieser von Ihnen in meine ePA übertragenen Daten hin.

Bitte bestätigen Sie mir die Umsetzung dieses Widerspruchs und ggf. der Löschung der Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen schriftlich. Zudem weise ich auf § 335 Abs. 3 SGB V hin, wonach die Versicherten nicht bevorzugt oder benachteiligt werden dürfen, weil sie ihre Betroffenenrechte zur ePA ausgeübt haben.

Mit freundlichen Grüßen

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

(Unterschrift)