

Widerspruch gegenüber der elektronischen Patientenakte (ePA)

Persönliche Angaben

| | | |
|---|-------------------------------------|----------|
| KV-Nummer | Vorname | Nachname |
| Geburtsdatum | Telefonnummer (für ggf. Rückfragen) | |
| Der Widerspruch gilt auch für meine minderjährigen familienversicherten Angehörigen: (Volljährige Familienversicherte erklären den Widerspruch selbst.) | | |
| KV-Nummer | Vorname | Nachname |
| KV-Nummer | Vorname | Nachname |
| KV-Nummer | Vorname | Nachname |
| KV-Nummer | Vorname | Nachname |

Widerspruch

I. Genereller Widerspruch gegen alle Funktionen der ePA, inklusive Punkte 3–7:

Hiermit widerspreche ich gegen

- 1. Das Anlegen der „ePA für alle“
- 2. Eine bestehende „ePA für alle“
(Die ePA inkl. aller darin gespeicherten Daten wird unwiderruflich gelöscht.)

Alternativ zum generellen Widerspruch


II. Widerspruch gegen einzelne Funktionen der ePA

(Die ePA wird mit entsprechenden Einschränkungen angelegt oder eine bestehende ePA angepasst.)

Hiermit widerspreche ich der Nutzung der ePA in folgenden Bereichen:

- 3. Das Einspielen von Daten zu in Anspruch genommenen Krankenkassenleistungen
- 4. Die Forschungsdatenspende
- 5. Die Teilnahme am digital gestützten Medikationsprozess
- 6. Die Übertragung von Daten aus dem E-Rezept in die elektronische Medikationsliste der ePA
- 7. Den Zugriff durch folgenden Leistungserbringer:

| | | |
|---|---------|----------|
| Art/Bezeichnung des Leistungserbringers | Vorname | Nachname |
| Straße/Hausnummer | PLZ/Ort | |

| | |
|-----------|---|
| Ort/Datum | Unterschrift  |
|-----------|---|

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an folgende Adresse:
BKK VerbundPlus
ePA-Ombudsstelle
Zeppelinring 13
88400 Biberach

oder schicken Sie das Formular an folgende E-Mail-Adresse:
info@bkkvp.de