

Abs.

(Name)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Wohnort)

An

(Name d. Krankenkasse)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Ort)

(Postfach)

Datum:

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Versichertennummer lautet: _____

Ich widerspreche der Übernahme von Daten über die bei der Krankenkasse in Anspruch genommenen Leistungen in meine *elektronische Patientenakte*, wie sie in § 350 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) vorgesehen ist. Dieser Widerspruch ist nach §§ 343 Abs. 1a Nr. 10 und 350 SGB V zulässig.

Bitte bestätigen Sie mir, dass Sie meinen Widerspruch erhalten haben und beachten werden.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)