

Abs.

(Name)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Wohnort)

An

(Name d. Krankenkasse)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Ort)

(Postfach)

Datum:

Widerspruch gegen die Weitergabe der ePA-Daten zu Forschungszwecken

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Versichertennummer lautet: _____

Ich widerspreche der Übermittlung der Daten aus meiner elektronischen Patientenakte (ePA) an das Forschungsdatenzentrum, die im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, (SGB V.), § 363 Abs. 1 – 2 vorgesehen ist. Dieser Widerspruch ist nach § 363 Abs. 5 SGB V. zulässig.

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

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)