

Abs. _____
(Name d. Betreuten / Kindes)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Wohnort)

An _____
(Name d. Krankenkasse)

(Straße HausNr. ODER Postfach)

(Postleitzahl Ort)

Datum:

Widerspruch gegen Übernahme der Abrechnungsdaten in die ePA.

Gesetzl. Vertreter: _____
(Name u. Anschrift des 1. Vertreters)

(Name u. Anschrift des 2. Vertreters)

Versicherten-Nr: _____
(Versicherten-Nr des Betreuten / Kindes)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit wird im Namen von _____ der Widerspruch
(Name d. Betreuten / Kindes)

erklärt gegen die Übernahme von Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen
in die elektronische Patientenakte von _____ wie sie
(Name d. Betreuten / Kindes)

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.

Das Vertretungsrecht besteht, wegen Elternschaft / gesetzlicher Betreuung.
(Unzutreffendes bitte streichen)

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)