

Abs. _____
(Name d. Betreuten / Kindes)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Wohnort)

An _____
(Name d. Krankenkasse)

(Straße HausNr. ODER Postfach)

(Postleitzahl Ort)

Datum:

Widerspruch gegen Datenübermittlung an das Forschungsdatenzentrum

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,

In Namen von _____ wird der Übermittlung von
(Name d. Betreuten / Kindes)

Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) von _____
(Name d. Betreuten / Kindes)

an das Forschungsdatenzentrum widersprochen.

Diese Weitergabe ist im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, (SGB V.), § 363 Abs. 1 - 2 vorgesehen. Der Widerspruch dagegen ist nach § 363 Abs. 5 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)