

Abs. \_\_\_\_\_  
(Name d. Betreuten / Kindes)  
\_\_\_\_\_  
(Straße, HausNr.)  
\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl Wohnort)

An \_\_\_\_\_  
(Name d. Krankenkasse)  
\_\_\_\_\_  
(Straße HausNr. ODER Postfach)  
\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl Ort)

Datum:

## Widerspruch gegen die Risikosuche in Vertretung.

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,

nach § 25b Sozialgesetzbuch können die Krankenkassen, zum Gesundheitsschutz der Versicherten, in gespeicherten personenbezogenen Daten Auswertungen vornehmen und die Versicherten auf Ergebnisse dieser Auswertung hinweisen. Sofern die Versicherten nicht widersprechen.

In Vertretung von \_\_\_\_\_ wird solchen  
(Name d. Betreuten / Kindes)

Auswertungen bei \_\_\_\_\_ widersprochen.  
(Name d. Betreuten / Kindes)

Dieser Widerspruch ist nach § 25b Abs. 3 SGB V. möglich.

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)