

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. Falls schon solche Daten in die ePA übernommen wurden, beantrage ich, sie zu löschen. 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)