

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. Falls schon solche
Daten in diese ePA übernommen wurden, wird beantragt, sie zu löschen.
Dieser Widerspruch ist nach §§ 343 Abs. 1a Nr. 10 und 350 SGB V zulässig.

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

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

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift Vertreter 1)

(Unterschrift Vertreter 2)