

Abs.

(Name)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Wohnort)

An

(Name d. Krankenkasse)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Ort)

(Postfach)

Datum:

Widerspruch gegen die *elektronische Patientenakte* (ePA)

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Versichertennummer lautet: _____

Ich widerspreche der Einrichtung einer *elektronischen Patientenakte* (ePA) über mich. Falls schon eine ePA angelegt wurde, beantrage ich, sie zu löschen.

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

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)