

Abs. _____
(Name d. Betreuten / Kindes)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Wohnort)

An _____
(Name d. Krankenkasse)

(Straße HausNr. ODER Postfach)

(Postleitzahl Ort)

Datum:

Widerspruch gegen die *elektronische Patientenakte* (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,

In Vertretung von _____ wird der Widerspruch
(Name d. Betreuten / Kindes)

erklärt gegen die Einrichtung einer *elektronischen Patientenakte* (ePA) für

(Name d. Betreuten / Kindes)

Falls schon eine ePA angelegt wurde, wird beantragt, sie zu löschen.

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)