

Abs.

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Straße, HausNr.)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl Wohnort)

An

\_\_\_\_\_  
(Name d. Krankenkasse)

\_\_\_\_\_  
(Straße, HausNr.)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl Ort)

\_\_\_\_\_  
(Postfach)

Datum:

## Widerspruch gegen die Weitergabe der ePA-Daten zu Forschungszwecken

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Versichertennummer lautet: \_\_\_\_\_

Ich widerspreche der Übermittlung der Daten aus meiner elektronischen Patientenakte (ePA) an das Forschungsdatenzentrum, die im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, (SGB V.), § 363 Abs. 1 – 2 vorgesehen ist. Wenn bereits Daten dorthin übermittelt wurden, beantrage ich, sie zu löschen. Dieser Widerspruch ist nach § 363 Abs. 5 SGB V. zulässig.

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

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)