

Abs. \_\_\_\_\_  
(Name d. Betreuten / Kindes)  
\_\_\_\_\_  
(Straße, HausNr.)  
\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl Wohnort)

An \_\_\_\_\_  
(Name d. Krankenkasse)  
\_\_\_\_\_  
(Straße HausNr. ODER Postfach)  
\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl Ort)

Datum:

## Widerspruch gegen Datenübermittlung an das Forschungsdatenzentrum

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 Namen von \_\_\_\_\_ wird der Übermittlung von  
(Name d. Betreuten / Kindes)

Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) von \_\_\_\_\_  
(Name d. Betreuten / Kindes)

an das Forschungsdatenzentrum widersprochen. Falls schon Daten dorthin  
übermittelt wurden, wird beantragt, sie zu löschen.

Diese Weitergabe ist im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, (SGB V.), § 363 Abs. 1 -  
2 vorgesehen. Der Widerspruch dagegen ist nach § 363 Abs. 5 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)