

Abs.

(Name)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Wohnort)

An

(Name d. Krankenkasse)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Ort)

(Postfach)

Datum:

Widerspruch gegen die datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken.

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Versichertennummer lautet: _____

Ich widerspreche der datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken in meinen bei Ihnen vorliegenden personenbezogenen Daten, wie sie in § 25b Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V.) vorgesehen ist. Dieser Widerspruch ist nach § 25b Abs. 3 SGB V möglich.

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

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)