

Abs.

(Name d. Betreuten / Kindes)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Wohnort)

An

(Name d. Krankenkasse)

(Straße HausNr. ODER Postfach)

(Postleitzahl Ort)

Datum:

Widerspruch gegen die Risikosuche in Vertretung.

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,

nach § 25b Sozialgesetzbuch können die Krankenkassen, zum Gesundheitsschutz der Versicherten, in gespeicherten personenbezogenen Daten-Auswertungen vornehmen und die Versicherten auf Ergebnisse dieser Auswertung hinweisen, sofern die Versicherten nicht widersprechen.

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

Auswertungen bei _____ widersprochen.
(Name d. Betreuten / Kindes)

Dieser Widerspruch ist nach § 25b Abs. 3 SGB V. möglich.

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)