

Abs.

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

\_\_\_\_\_  
(Straße, HausNr.)

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

An

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

\_\_\_\_\_  
(Straße, HausNr.)

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

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

Datum:

## Widerspruch gegen Übernahme Verordnungsdaten

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Ich widerspreche der Übermittlung der Verordnungsdaten und Dispensierinformationen elektronischer Verordnungen in meine elektronische Patientenakte (ePA), die im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, (SGB V.), in § 342 Abs. 2a Nr. 1a vorgesehen ist. Wenn solche Daten bereits in die ePA übermittelt wurden, beantrage ich, sie zu löschen. Dieser Widerspruch ist nach § 342 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. s) und u) SGB V. zulässig.

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

Mit freundlichen Grüßen

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