

Widerruf/Rücknahme meines Widerspruchs „ePA für alle“

Persönliche Angaben

Vorname	Nachname	Telefonnummer (für ggf. Rückfragen)
Versicherungsnummer		
Der Widerruf gilt auch für meine minderjährigen familienversicherten Angehörigen: (Volljährige Familienversicherte erklären den Widerruf selbst.)		
KV-Nummer	Vorname	Nachname

Widerruf

Hiermit widerrufe ich meinen Widerspruch gegen

- Die Anlage „ePA für alle“
- Die Forschungsdatenspende
- Das Einspielen von Daten zu in Anspruch genommenen Krankenkassenleistungen
- Die Teilnahme am digital gestützten Medikationsprozess
- Die Übertragung von Daten aus dem E-Rezept in die elektronische Medikationsliste der ePA
- Den Zugriff durch folgenden Leistungserbringer:

Art/Bezeichnung des Leistungserbringers

Vorname

Nachname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Ort/Datum

Unterschrift

X

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular
an folgende Adresse:
BKK VerbundPlus
ePA-Ombudsstelle
Zeppelinring 13
88400 Biberach

oder schicken Sie das Formular an folgende E-Mail-Adresse:
info@bkkvp.de