

Widerspruch gegenüber der elektronischen Patientenakte (ePA)

Persönliche Angaben

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

Widerspruch

I. Genereller Widerspruch gegen alle Funktionen der ePA, inklusive Punkte 3–7:

Hiermit widerspreche ich gegen

- 1. Das Anlegen der „ePA für alle“
- 2. Eine bestehende „ePA für alle“
(Die ePA inkl. aller darin gespeicherten Daten wird unwiderruflich gelöscht.)

Alternativ zum generellen Widerspruch

II. Widerspruch gegen einzelne Funktionen der ePA

(Die ePA wird mit entsprechenden Einschränkungen angelegt oder eine bestehende ePA angepasst.)

Hiermit widerspreche ich der Nutzung der ePA in folgenden Bereichen:

- 3. Das Einspielen von Daten zu in Anspruch genommenen Krankenkassenleistungen
- 4. Die Forschungsdatenspende
- 5. Die Teilnahme am digital gestützten Medikationsprozess
- 6. Die Übertragung von Daten aus dem E-Rezept in die elektronische Medikationsliste der ePA
- 7. Den Zugriff durch folgenden Leistungserbringer:

Art/Bezeichnung des Leistungserbringers	Vorname	Nachname
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort	

Ort/Datum	Unterschrift 
-----------	---

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