

# Widerspruch zur elektronischen Patientenakte (ePA)

## Persönliche Daten des Versicherten:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Widerspruchserklärung:** Hiermit widerspreche ich, [Vor- und Nachname], geboren am [Geburtsdatum], wohnhaft in [Adresse, PLZ, Ort], mit der Versichertennummer [Versichertennummer], der Einrichtung und/oder Nutzung einer elektronischen Patientenakte (ePA) in meinem Namen. Dieser Widerspruch erfolgt gemäß § 341 Abs. 1 SGB V, welcher besagt, dass die Nutzung der ePA freiwillig ist und nur auf Antrag und mit ausdrücklichem Einverständnis der Versicherten erfolgt. Ich bestätige hiermit, dass ich keinen Antrag auf eine ePA gestellt habe und meine ausdrückliche Ablehnung zur Anlage einer solchen Akte erkläre.

## Gründe für den Widerspruch (optional):

Datenschutzbedenken

Bedenken hinsichtlich der Datensicherheit

Andere Gründe: \_\_\_\_\_

**Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung dieses Widerspruchs verwendet werden. Mir ist bewusst, dass mein Widerspruch erst nach Bestätigung durch die zuständige Stelle in Mecklenburg-Vorpommern wirksam wird.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_