Dr. med. Alexander Miller
Ärztlicher Psychotherapeut
Facharzt für Allgemeinmedizin
Suchtmedizin - Palliativmedizin

Dr. med. Vera Zimmer
Ärztliche Psychotherapeutin für Kinder & Jugendliche
Fachärztin für Kinderheilkunde & Jugendmedizin
Naturheilverfahren - Sportmedizin

63755 Alzenau, Märkerstrasse 2a ✉ medpt@t-online.de www.medpt.de ✆ 06023- 7059596

ab Januar 2027

Neuaufnahme – Information für Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihre Bestätigung des Termins für Ihr erste Gespräch in unserer Praxis.

Nachfolgend erhalten Sie wichtige Infos zum weiteren Vorgehen und einen Erstaufnahmebogen. Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, dann machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig und Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Bitte bestätigen Sie am Ende des Fragebogens Ihre Angaben und den Erhalt und Ihre Zustimmung zu allen Anlagen mit Ihrer Unterschrift und senden Sie den Fragebogen dann innerhalb von einer Woche entweder per Post oder per E-Mail an uns zurück.

Vielen Dank!

Anlagen

1. Hinweise für Ihren ersten Besuch / Erst-Termin in unserer Praxis
2. Patienteninformation zum Datenschutz
3. Merkblatt zur Regelung bei Nichterscheinen zum Termin
4. Aufnahme-Bogen Neupatient (diese Anlage bitte immer ausdrucken, ausfüllen und zurücksenden!)
5. Infos zur „elektronischen Patientenakte“

Anlage 1 **Hinweise für Ihren ersten Besuch / Erst-Termin in unserer Praxis**

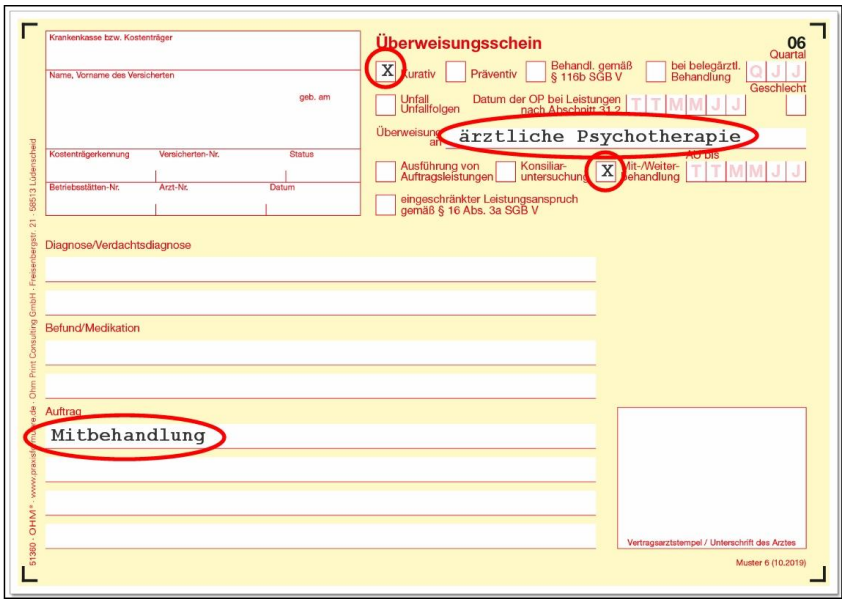
- Bitte erscheinen Sie zu Ihrem Termin pünktlich (das bedeutet: Möglichst nicht früher als 10 Minuten vor dem Termin und nicht zu spät). Sollten Sie unvorhersehbar verhindert sein oder sich verspäten, dann teilen Sie uns dies bitte unverzüglich per E-Mail a**n praxis@medpt.de** mit.

- Wenn wir uns in einem Gespräch befinden, können wir die Praxistür nach dem Klingeln nicht immer sofort für Sie öffnen. Bitte warten Sie in diesen Fällen ungefähr 2 Minuten, bevor Sie erneut klingeln.

- Bei gesetzlich Versicherten:

    - Bitte bringen Sie Ihre gültige Krankenversichertenkarte oder einen gültigen Nachweis über Ihren Versichertenstatus mit.

    - NUR wenn Sie an der „hausarztzentrierten Versorgung“ teilnehmen und dadurch verpflichtet sind, immer nur einen bestimmten Hausarzt aufzusuchen, benötigen wir einen Überweisungsschein von diesem. Die Überweisung sollte an den rot markierten Stellen wie folgt aussehen:



    Wenn Sie nicht an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, dann benötigen wir KEINEN Überweisungsschein von Ihnen

- Bitte bringen Sie wichtige Vorbefunde (z.B. zu vorangegangenen Therapien und Klinikaufenthalten) und, falls vorhanden, Ihren aktuellen Medikamentenplan, mit.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anlage 2 **Patienteninformation zum Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Medpt - Dr. Alexander Miller, Märkerstr. 2a, 63755 Alzenau, Tel. 06023 – 7059596, praxis@medpt.de.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Postfach 1349, 91504 Ansbach, Tel.: 09811800930, E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihre medpt Praxis in Alzenau
Dr.med. A.Miller - Dr.med. V.Zimmer

Anlage 3 **Regelung bei Nichterscheinen zum Termin**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

durch langjährige Praxiserfahrung wissen wir, dass im Bereich der psycho-somatischen Medizin eine „Drei-Minuten-Medizin“ nicht funktioniert. Termine mit genug Zeit für Sie sind wichtig, um Ihren gesundheitlichen und psychischen Anliegen gerecht werden zu können. In unserer Praxis können wir uns diese Zeit für Sie nehmen und vergeben dem entsprechend längere Termine. Für ein Erstgespräch z.B. planen wir 50 Minuten für Sie ein. Diese Zeit wird dann fest für Sie reserviert. Diese Termine sind sehr knapp und viele Patienten müssen länger darauf warten. Deshalb ist es für unsere Praxis-organisation unerlässlich, dass Sie Ihre mit uns vereinbarten Termine auch pünktlich wahrnehmen.

Wichtig: Die nachfolgend aufgeführten Termin-Ausfallregelungen betreffen Sie in keiner Weise, wenn Sie Ihren Termin, so, wie Sie diesen mit uns gemeinsam festgelegt haben, ganz normal wahrnehmen.

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, einen bereits mit uns vereinbarten Termin wahrzunehmen, dann haben Sie die Möglichkeit, diesen Termin mindestens 3 Arbeitstage (Montag bis Freitag) vorher abzusagen oder mit uns den Termin zu verschieben, dafür entstehen Ihnen keine Kosten.

Nur für den Fall, dass Sie unentschuldigt nicht zum vereinbarten Termin erscheinen und diesen zuvor auch nicht rechtzeitig abgesagt haben, wird ein privatärztliches Ausfallhonorar fällig. Dieses richtet sich analog nach der aktuell geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ96) und beträgt für einen 50-Minuten Termin (z.B. Erstaufnahme-Gespräch) 140.- EUR.

Für kürzere Termine beträgt das Ausfallhonorar je angefangene fünf Termin-Minuten 14.- EUR, also z.B. für einen 15-Minuten-Termin 42.- EUR.

Für einen nicht abgesagten Gruppen-Psychotherapie-Termin (Dauer 100 Minuten) beträgt das Ausfallhonorar 70.- EUR

Diese Regelungen gelten nicht bei Terminausfällen aufgrund höherer Gewalt, die vom Patienten (bei Kindern: seinen Sorgeberechtigten) nicht abwendbar waren. Auch bei einer akuten, unvorhersehbaren Erkrankung können wir Sie vom Ausfallhonorar befreien. Wir behalten uns in solchen Fällen vor, einen geeigneten Nachweis von Ihnen zu verlangen (z.B. ein ärztliches Attest).

Ein Ausfall-Honorar wird sofort nach dem Versäumen des Termins mit unserer Rechnungslegung fällig. Die Erstattung durch eine gesetzliche oder private Krankenkasse ist regelmäßig nicht möglich.

Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Aufnahme-Bogens bestätigen Sie den Erhalt und Ihr Einverständnis mit dieser Regelung.

Vielen Dank für Ihr freundliches Verständnis,

Ihre medpt Praxis in Alzenau
Dr.med. A.Miller - Dr.med. V.Zimmer

Bitte die Seiten 1 bis 3 dieses Bogens ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und **innerhalb von 7 Tagen nach Erhalt** an uns zurücksenden: Per E-Mail an**:** **praxis@medpt.de** (bitte beachten Sie dabei den Schutz Ihrer Daten - Sie können auch passwortgeschützte PDF´s per E-Mail an uns senden). Alternativ ist ein Postversand möglich - Fensterumschlag an:

An die
Medpt Praxis Alzenau
z.Hd. Herrn Dr. med. Alexander Miller
Märker Str. 2a
63755 Alzenau

Basisangaben

Vorname(n): ..... Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: ..... Mobil-Telefon : .....

Wir möchten Sie bitten, bevorzugt per E-Mail mit uns zu kommunizieren. Damit können wir zeitnah auf Ihre Anfragen antworten. Bitte geben Sie uns hier eine gültige E-Mailadresse an, unter der wir mit Ihnen in Kontakt treten dürfen. Das E-Mail Postfach sollte nur Ihnen persönlich zugänglich sein.

Ihre E-Mail-Adresse: ……

Versichertenstatus: ❑ Gesetzlich ❑ Privat ❑ PostB / KVB ❑ Sonstige:……

Name Ihrer Krankenkasse: ……

Sozialanamnese

Familienstand: ❑ ledig ❑ verheiratet ❑ geschieden ❑ getrennt lebend

Haben Sie Kinder? .....

Ihr Beruf :.....:..... Umfang (Stunden / Woche) .....

Ihre Hobbys /Freizeitaktivitäten /Sport: .....

Falls zutreffend: **Schildern Sie bitte kurz Ihr aktuelles gesundheitliches Anliegen** (so, wie Sie es selbst mit Ihren eigenen Worten beschreiben würden)**:**

.....

.....

Fragen zu Ihrer eigenen Gesundheit - sind folgende Krankheiten bei Ihnen vorbekannt?

Herz-/ Kreislaufkrankheiten
- ❑ hoher Blutdruck
- ❑ Herzkranzgefäßerkrankung (KHK), Herzinfarkt
- ❑ Herzfehler / Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen
- ❑ Schlaganfall
- ❑ Durchblutungsstörungen (z.B. Beine)
- ❑ Thrombosen / Lungenembolie
- ❑ Einnahme von Marcumar oder andere Blutverdünner

❑ Sonstige: …….

Stoffwechselkrankheiten
- ❑ Zuckererkrankung / Diabetes mellitus
- ❑ erhöhte Blutfette (z.B. Cholesterin)
- ❑ Schilddrüsenerkrankungen

❑ Sonstige: …….

Atemwege
- ❑ Asthma bronchiale
- ❑ chronische Bronchitis, COPD
- ❑ Tuberkulose (TBC)
- ❑ Lungenentzündung

❑ Sonstige: …….

Hals-Nasen-Ohren-Augen
- ❑ Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star, Sehstörung)
- ❑ Heuschnupfen
- ❑ Schwerhörigkeit

❑ Sonstige: …….

Bewegungsapparat
- ❑ Rheuma
- ❑ Bandscheibenschaden
- ❑ Arthrose
- ❑ künstliche Gelenke:……

❑ Sonstige: …….

Bauch, Bauchorgane, Niere, Geschlechtskrankheiten
- ❑ Lebererkrankungen, Hepatitis
- ❑ Bauchspeicheldrüse-Erkrankungen
- ❑ Magen- Darmkrankheiten
- ❑ Prostataleiden
- ❑ Blasensteine, Blasenentzündung
- ❑ Nierensteine, Nierenentzündung
- ❑ Geschlechtskrankheiten

❑ Sonstige: …….

Nervenleiden / Psychische Erkrankungen
- ❑ Depression / Angst /Gemütskrankheiten
- ❑ Schizophrenie
- ❑ Multiple Sklerose,
- ❑ Erkrankungen der Nerven
- ❑ Krampfleiden, Epilepsie
- ❑ Suchterkrankung, Abhängigkeit

❑ Sonstige: …….

Nur für weibliche Patienten
- ❑ Frauenkrankheiten
- ❑ Geburten:…… ……
- ❑ Regel Abstand / Dauer:…… ……
- ❑ Beginn der Wechseljahre:…… ……..
- ❑ Einnahme der Pille

❑ aktuelle bestehende Schwangerschaft: …….. .Schwangerschafts-Woche

Weitere Krankheiten
- ❑ CoVid-19 (Corona-Virus)
- ❑ Tumorerkrankungen / Krebs
- ❑ Operationen / Unfälle
- ❑ ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis, Aids)
- ❑ Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- ❑. durchgemachte Kinderkrankheiten:……..…

Bisherige Krankenhausaufenthalte und sonstige Erkrankungen / Anmerkungen:

……

Ihre zurzeit laufenden Behandlungen bei anderen Fachärzten / Psychotherapeuten:

……

……

Ihre Familie betreffende Gesundheitsfragen….
…sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Krankheiten bekannt?

❑ Bluthochdruck	❑ Herzinfarkt	❑ Schlaganfall
❑ Zuckerkrankheit / Diabetes	❑ Tumorerkrankungen	❑ Blutungsneigung
❑ Psychische Erkrankungen	❑ Nervenkrankheiten	❑ Krebserkrankungen
❑ vererbbare Krankheiten	❑ Sonstige: ……..	

Weitere Gesundheitsfragen:

	Ja	**Nein**
Sind Allergien / Unverträglichkeiten bei Ihnen bekannt?	❑	❑
Wenn ja, wogegen: ……		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel: ..... Zigaretten / Tag?	❑	❑
Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wieviel: ..... / Woche	❑	❑
Haben Sie Drogen (z.B. Cannabis, Kokain,…) probiert oder konsumieren Sie diese regelmäßig? Falls ja, welche: ……	❑	❑
Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten?	❑	❑
Leiden Sie unter übermäßigem Stress oder seelischen Belastungen?	❑	❑
Haben Sie in den letzten 6 Monaten mehr als 2 kg zu- oder abgenommen?	❑	❑

Wie groß sind Sie? ..... cm Wieviel wiegen Sie? ..... kg

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

……

……

Weitere Hinweise, die Sie uns geben möchten:

……

Abschließende Patientenerklärung

Ich habe die Informationen **„Patienteninformation zum Datenschutz“** und die **„Regelung bei Nichterscheinen zum Termin“** erhalten, gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden. Ich erkläre des weiteren, dass meine Angaben im „**Aufnahme-Bogen Neupatient“** wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich mit einer **Kommunikation per E-Mail** einverstanden bin:

……	……	……
Ort, Datum	Name, Vorname in Druckbuchstaben	Unterschrift

Patienteninfo
zur elektronischen Patientenakte (ePA) mit zentraler Datenspeicherung

Zentraldaten- ePA
INFO

Sehr geehrte Patienten, liebe Eltern,

im November 2026

In Deutschland wurde die Einführung einer "elektronischen Patientenakte" (ePA) mit Zentraldatenspeicherung gesetzlich festgelegt. Dabei handelt es sich um digitale Gesundheitsakten in einer "Cloud" - und nicht, wie viele meinen, auf der Krankenversicherungskarte. Diese elektronischen Akten wurden Anfang 2025 für über 70 Millionen für gesetzlich Versicherte automatisiert angelegt. Nur Privatpatienten werden zuvor gefragt, ob sie das Anlegen einer ePA wünschen.

Die Idee einer elektronischen Patientenakte wirkt auf den ersten Blick natürlich sinnvoll und als Ärzte würden wir auch gerne eine gut funktionierende, patientenfreundliche ePA in unserer Praxis nutzen. Damit das im Alltag klappt, müsste die ePA aber mit Sorgfalt, Sicherheit und fachgerecht umgesetzt sein. Das sehen wir bei der deutschen ePA leider so nicht als gegeben an.

Deshalb teilen wir die erheblichen Bedenken von Patientenrechtsvertretern und Experten zur ePA. Das Experten-Bündnis "Gesundheit besser digitalisieren" legt die gesamte ePA-Problematik hier in 95 Thesen sehr ausführlich dar.

Viele Patienten wissen nicht, dass ihre Gesundheitsdaten aus der ePA zu "Forschungszwecken" an Dritte, auch ins Ausland, weitergegeben werden können. Ein Diebstahl vertraulicher (Gesundheits-) Daten und deren Missbrauch sind nicht bloß abstrakte Gefahren oder Schwurbelei, sondern leider sehr real. Einige Beispiele dazu aus der jüngsten Vergangenheit:

- Im März 2026 führte ein Cyberangriff auf einen Softwareanbieter in Frankreich zur Offenlegung von ca. 15 Millionen Patientendaten, darunter persönliche Arztnotizen, geführt.
- Im August 2026 hat Polen einen der größten Cyberangriffe in der Geschichte des Landes gemeldet. Dabei wurden medizinische und personenbezogene Daten von 19 Millionen Bürgern kompromittiert.
- Zwischen dem 7. und 12. August 2026 kam es zu einem Cyberangriff auf Netze der Berliner Verwaltung, bei dem in erheblichem Umfang Daten kopiert und öffentlich gemacht wurden
- Vertrauliche Gesundheitsdaten werden z.B. in den USA bereits heute grossflächig für Repressionen genutzt.

Im schlimmsten Fall könnten Ihre erbeuteten Gesundheitsdaten für Erpressung, Identitätsdiebstahl, gezielte Betrugs- und Diffamierungskampagnen oder sogar für Manipulationen im Behandlungskontext missbraucht werden – möglicherweise mit existenziellen Folgen. Aufgrund solcher Risiken halten wir es für keine gute Idee, zig Millionen Gesundheitsdaten in einer zentralen digitalen Sammelstelle zusammenzuführen, denn damit schafft man ein sehr attraktives Ziel für Cyberkriminelle. Die ePA wäre statt dessen auch dezentral, z.B. auf der Krankenversichertenkarte, machbar. Damit wäre die Gefahr von einem massenhaften Missbrauch von Patienten-Daten stark verringert. Die Unsicherheiten zu ePA-Datenschutzfragen haben sich seit Herbst 2026 weiter verschärft: Für alle EU-Mitgliedstaaten wurde die „E-Evidence-Verordnung“ verbindlich. Diese beinhaltet Zugriffsoptionen für ausländische Strafverfolgungs-Behörden auf Cloud-Infrastrukturen, zu denen auch die deutsche ePA gehört. Die Bundesärztekammer berichtete zu diesem Thema und den möglichen fatalen Folgen für die ärztliche Schweigepflicht. Darüber hinaus bestehen viele ungeklärte juristische Fragestellungen, z.B. zu den ePA´s von Kindern und Jugendlichen und den damit verbundenen Fragen zur informationellen Selbstbestimmung.

Neben den Sicherheitsbedenken lässt auch die Funktionalität der ePA sehr zu wünschen übrig: Das Dokumentationskonzept wirkt wenig durchdacht und praxisfremd. Zudem gab es wiederholt gravierende technische Pannen. Bis heute sehen wir keinen Mehrwert für unsere Patienten sondern einen "Zeitfresser" in den Arztpraxen und ausufernde Digitalisierungs-Kosten in Milliardenhöhe, die aus Versicherten- bzw. Steuergeldern bezahlt werden und an anderer Stelle im Gesundheitswesen fehlen.

Weitere Nebenwirkungen der ePA: Einige Politiker und viele Krankenkassen visionieren Spareffekte, z.B. durch "digitale Patientensteuerungen" und "Ersteinschätzungen". Ein digitaler Fragenkatalog könnte dann schon bald der Schlüssel zum Facharztzugang für gesetzlich versicherte Patienten werden. Menschen mit schweren Erkrankungen und ihre Angehörigen haben aber oft ganz andere Sorgen: Anstatt sich durch ein Fragenschema zu klicken oder mit Telefon-Bots zu kommunizieren, brauchen sie zeitnahen und unkomplizierten Zugang zu passender, medizinischer Hilfe.
Es steht zu befürchten, dass sich das deutsche Gesundheitswesen mit digitalen Zugangskontrollen weiter zu einer durchreguliert-normierten Discounter-Medizin entwickelt und der menschliche Umgang und soziale Aspekte dabei auf der Strecke bleiben.

Aus diesen Gründen raten wir Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt von einer Nutzung der ePA ab.

Dies gilt besonders für Patienten mit psychischen Erkrankungen, denn Diagnosen und Befunde in diesem Bereich sind sensibel und geeignet, Menschen zu stigmatisieren - schon Medikations- oder Abrechnungsdaten in der ePA lassen Rückschlüsse auf psychische Erkrankungen zu.

Damit bereits angelegte ePA´s für Sie oder Ihre Kinder wieder gelöscht werden, müssen Sie dies aktiv bei Ihrer Krankenkasse beantragen. Teilwiedersprüche sind zwar grundsätzlich möglich, aber oft schwierig einzustellen und unübersichtlich. Einfacher ist es, wenn Sie Ihre ePA vollständig wieder löschen lassen, das ist auch Ihr gutes Recht.

Ein Musterformular für Ihre Krankenkasse finden Sie hier zum Download. Gesetzlich ist verankert ist, dass Ihnen durch die Nicht-Nutzung der ePA keine weiteren Nachteile entstehen dürfen. Zudem haben Sie auch das Recht auf eine ePA-Neuanlage zu einem späteren Zeitpunkt.

Wir möchten Sie auch freundlichst bitten, die umseitige Erklärung bei Ihrem ersten Besuch in unserer Praxis mitzubringen - Ihre medpt-Praxis in Alzenau.

A

Erklärung
zur „Elektronischen Patientenakte“ (ePA)

für

…… ……..
Name, Vorname Geb. Datum

……
Adresse (Postleitzahl + Ort, Strasse + Hausnummer)

…… ……
Krankenkasse Versichertennummer

Hiermit erkläre ich gegenüber der Arztpraxis medpt in 63755 Alzenau, Märkerstr. 2a, Dr.med. Alexander Miller und Dr.med. Vera Zimmer

- ❑ für mich selbst
- ❑ für die oben benannte Person, für die ich gesetzlicher Vertreter bzw. sorgeberechtigt bin

Folgendes:

Soweit eine elektronische Patientenakte für die/den oben Benannte/-n vorhanden ist, soll diese von den ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern der Arztpraxis medpt ***nicht aktiv befüllt werden****. Eine Änderung meines diesbezüglichen Willens werde ich umgehend mitteilen.*

Ich bin darüber informiert

- dass die Arztpraxis medpt keinen Einfluss hat auf Befüllungen der ePA, die außerhalb der Praxis und/oder automatisiert z.B. durch die Krankenkasse des Versicherten erfolgen.
- dass für eine vollständige Löschung der elektronischen Patientenakte eine weitere Erklärung gegenüber der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass die Arztpraxis medpt meine Erklärung bei Bedarf zu Nachweiszwecken bei der zuständigen Krankenkasse oder bei der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung vorlegt.

……
Nur falls von oben abweichend:
Name, Vorname und Adresse des gesetzlichen Vertreters oder der/des Sorgeberechtigten / der Eltern

Alzenau, den …….. ……
Datum Unterschrift Versicherte/-r
oder gesetzl. Vertreter / Sorgeberechtigte/-r