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