Hinweise zu den Formularen

(Diese erste Seite dient nur zur Info - bitte nicht an die Krankenkasse mitversenden!)

Nachfolgend finden Sie **Formulare zum Widersprechen gegen das Anlegen einer „elektronischen Patientenakte“ (ePA**) bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse.

Die Formulare können ausgedruckt und per Post, per Fax oder eingescannt per E-Mail an die zuständige Krankenkasse gesandt werden.

Alle gesetzlich Krankenversicherte ab dem vollendeten 15. Lebensjahr können dem Anlegen einer ePA bei ihrer Krankenkasse widersprechen. Eltern können dies für ihre Kinder tun - und gesetzliche Betreuer für die von Ihnen betreuten Personen.

Jedes Set enthält drei verschiedene, jeweils 1-seitige Formulare:

a) Ein Formular für eine einzelne versicherte Person
b) Ein Formular für Widersprüche von Eltern für ihre Kinde
c) Ein Formular für gesetzliche Betreuer, die einen Widerspruch für von Ihnen betreute Menschen einlegen möchten.

Bitte wählen Sie das passende Formular, als Ausdruck benötigen Sie jeweils nur die zutreffende Seite. Beispiel: Eine Familie mit zwei Eltern und zwei Kindern benötigt zwei Formulare „a“ (für die beiden Eltern) und einmal Formular „b“ (für die Kinder).

Wichtig ist die korrekte Angabe der Versichertennummern. Diese finden Sie unten auf der Vorderseite der „Gesundheitskarte“.

Im Adressfeld tragen Sie bitte die **Adresse Ihrer Krankenkasse** ein. Falls Sie diese gerade nicht zur Hand haben , finden Sie hier im Internet die Adressdaten.

Absender

…… …… ……..
(Name, Vorname) **(Versicherten-Nummer)**

…… ……..
(Straße + Hausnr.) **(Geburtsdatum)**

…… ……..
(Postleitzahl + Ort)

An die

……

……

……

Widerspruch gegen das Anlegen einer elektronischen Patientenakte

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich dem Anlegen einer „elektronischen Patientenakte“ (ePA) für mich.

Sollte bereits eine elektronische Patientenakte für meine Person angelegt worden sein, ersuche ich Sie hiermit, diese umgehend wieder vollständig zu löschen.

Ich bitte Sie um schriftliche Bestätigung des Widerspruchs-Eingangs und der Löschung der ePA.

……, …… ……..……
Ort Datum Unterschrift der versicherten Person

Absender

…… …… ……..
(Name, Vorname) **(Versicherten-Nummer)**

…… ……..
(Straße + Hausnr.) **(Geburtsdatum)**

…… ……..
(Postleitzahl + Ort)

An die

……

……

……

Widerspruch gegen das Anlegen einer elektronischen Patientenakte

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche/-n ich/wir dem Anlegen einer „elektronischen Patientenakte“ (ePA)
für nachfolgend benannte/-s, bei Ihnen versicherte/-s Kind/-er, für das/die ich/wir sorgeberechtigte/-s Elternteil/-e bin/sind:

1. **Name, Vorname:** ……... Geburtsdatum: ……
   Versicherten -Nr.: ……..……..…
   Ggfs. abweichende Adresse: ……..…
2. **Name, Vorname:** ……... Geburtsdatum: ……
   Versicherten -Nr.: ……..……..…
   Ggfs. abweichende Adresse: ……..…
3. **Name, Vorname:** ……... Geburtsdatum: ……
   Versicherten -Nr.: ……..……..…
   Ggfs. abweichende Adresse: ……..…

Sollten bereits elektronische Patientenakten für eine oder mehrere der genannten Personen angelegt worden sein, ersuche/-n ich/wir Sie, diese umgehend wieder vollständig zu löschen.

Ich/wir bitte/-n Sie um schriftliche Bestätigung des Widerspruchs-Eingangs und der Löschung der ePA.

……, …… ……..……
Ort Datum Unterschrift sorgeberechtigtes Elternteil (wie Absender)

Bei gemeinsamem Sorgerecht:
Name, Vorname des weiteren sorgeberechtigten Elternteils: ……..……..……..

Adresse ……..……...……..…

……, …… ……..……..…
Ort Datum Unterschrift weiteres sorgeberechtigtes Elternteil

Absender

…… ……. ……..
(Name, Vorname) **(Versicherten-Nummer)**

…… ……..
(Straße + Hausnr.) **(Geburtsdatum)**

…… ……..
(Postleitzahl + Ort)

An die

……

……

……

Widerspruch gegen das Anlegen einer elektronischen Patientenakte

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich dem Anlegen einer „elektronischen Patientenakte“ (ePA) für die nachfolgend aufgeführte, bei Ihnen krankenversicherte Person, für die ich der zuständige gesetzliche Betreuer bin.

Eine Kopie des Betreuungsausweise lege ich bei.

Name, Vorname: ……..……..... Geburtsdatum: ……

Versicherten -Nr.: ……..……..…

Adresse: ……..……..….

Sollte bereits eine elektronische Patientenakte für die genannte Person angelegt worden sein, ersuche ich Sie, diese umgehend wieder vollständig zu löschen.

Ich bitte Sie um schriftliche Bestätigung des Widerspruchs-Eingangs und der Löschung der ePA.

……, ……..…… ……..……
Ort Datum Unterschrift