

Widerspruch gegen das Einpflegen meiner Daten in die elektronische Patientenakte (ePA) meiner Krankenkasse

Ich, _____
(Name, Vorname)

geboren am _____
(TT/MM/JJJ)

wohnhaft _____
(Straße, PLZ, Wohnort)

Versicherung _____
(Name der Krankenkasse)

untersage

der Praxis _____
(Name der Praxis)

und den behandelnden Ärzten _____
(Name des behandelnden Arztes)

die von ihm/ihnen im Rahmen meiner Behandlung erhobenen *Befunde und Daten*, sowie auch etwaig ergänzend zugehender *Befunde von beauftragten Fremdpraxen* in die für mich geführte elektronische Patientenakte meiner Krankenkasse hochzuladen.

Die Befunde sollen stattdessen dezentral in der oben genannten Praxis im Rahmen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen gespeichert und vorgehalten werden, womit ich mich hiermit ausdrücklich einverstanden erkläre.

An weitere Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und nicht-ärztlichen Berufe dürfen diese Befunde im Rahmen der Mitbehandlung in meinem Auftrag und mit meiner Zustimmung übermittelt werden, wenn dies nach Auffassung meines behandelnden Arztes für meine Behandlung notwendig ist.

Ich nehme mein Recht in Anspruch, mir Befunde in Papierform für meine eigenen Unterlagen ausfertigen zu lassen.

Über die Bedeutung dieser Erklärung, meine datenschutzrechtlichen Widerspruchs- und Widerrufsrechte und über die Konsequenzen für die Datenübertragungsgeschwindigkeiten bin ich belehrt worden, was ich durch meine Unterschrift ausdrücklich bestätige.

Ort, Datum

Unterschrift