Muster 2

***Widerspruch gegen das Einstellen von Abrechnungsdaten in die elektronische Patientenakte (ePA)***

Name Versicherte/r

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Datum

Krankenkasse XY

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Versicherte/r:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich (gemäß §§ 343 Abs. 1a Satz 3 Nr. 10 und 350 Abs.1 Satz 2 SGB V) der Übernahme von Daten der von Leistungserbringern bei Ihnen abgerechneten Leistungen (Abrechnungsdaten) in meine elektronische Patientenakte (ePA) und bitte um schriftliche Bestätigung des Eingangs meines Widerspruchs.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der/des Versicherten