Muster 3

***Widerspruch gegen Zugriffsmöglichkeit auf die elektronische Patientenakte (ePA) durch Praxis***

Name Versicherte/r

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Datum

Krankenkasse XY

Ombudsstelle ePA

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Versicherte/r:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich für die gesamte Dauer meiner Behandlung ausdrücklich einem Zugriffsrecht der Praxis auf meine elektronische Patientenakte (ePA)

Vor- und Nachname der/des Behandlerin/s

Praxisadresse

sowohl durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt bzw. Psychotherapeutin/en als auch durch das Praxispersonal gemäß § 352 Abs. 1 SGB V. Die Praxis ist somit nicht befugt, Daten in meiner ePA einzusehen oder einstellen.

Ich bitte um schriftliche Bestätigung des Eingangs meines Widerspruchs.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der/des Versicherten