Muster 5

***Widerspruch gegen das Einstellen von Dokumenten bzw. Daten in die ePA durch die Psychotherapiepraxis in die ePA***

Name Versicherte/r

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Datum

Praxis XY

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Versicherte/r:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich der Übermittlung von Dokumenten und personenbezogenen Daten in die elektronische Patientenakte (ePA) und bitte um schriftliche Bestätigung des Eingangs meines Widerspruchs.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der/des Versicherten