

Zurück an:

ZF BKK
88043 Friedrichshafen

Erklärung zum Widerspruch zur Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA)

Bitte ausgefüllt zurücksenden!

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Krankenversicherungsnr. _____

Hiermit erkläre ich, dass ich _____

im Kontext der **ePA für alle** gegen folgende Punkte Widerspruch einlege:

- Einrichtung der ePA
- digital gestützter Medikationsprozess
- Einspielung der E-Rezept-Daten
- Einspielung der Abrechnungsdaten der Krankenkassen
- Forschungsdatenspende (pseudonymisiert)

Datum

Unterschrift