

Widerspruch gegen die Anlage einer elektronischen Patientenakte (ePA)

Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Wenn Sie sich gegen die ePA entscheiden, füllen Sie dieses Formular aus und senden es **unterschrieben** an uns zurück. Wenn Sie bereits eine ePA haben, werden diese Daten unwiderruflich gelöscht.

Meine persönlichen Angaben

Mit einem * markierte Angaben sind Pflichtangaben.

Name, Vorname*	Geburtsdatum*
Postleitzahl*	Straße/Hausnummer*
Ort*	Versichertennummer*

Erklärung Einrichtung der ePA

Hiermit widerspreche ich der elektronischen Patientenakte (ePA).

_____ Datum	_____ Unterschrift Versicherter
----------------	------------------------------------

Hinweise zur Nutzung dieses Formulars:

- Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und leserlich aus.
- Senden Sie das ausgefüllte Formular per Post oder über die HEK Service-App an die HEK zurück.