

### 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).

|                |                                    |
|----------------|------------------------------------|
| _____<br>Datum | _____<br>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.