Max Mustermann

Datum:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Max Mustermann · Musterstr. · 00000 Musterstadt |  |  |
| Adresse der Krankenkasse |  |  |

Versichertennummer:

(Aktenzeichen eintragen)

**Widerspruch gegen die ePA**

**und**

**Widerspruch gegen den digital gestützten Medikationsprozess**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich dem Anlegen einer elektronischen Patientenakte (ePA) mit meinen personenbezogenen Daten.

Sollte bereits eine elektronische Patientenakte angelegt worden sein, bitte ich um sofortige Löschung.

Des Weiteren erhebe ich Widerspruch gegen den digital gestützten Medikationsprozess innerhalb meiner ePA.

Abschließend bitte ich um schriftliche Bestätigung, dass meinem Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte sowie gegen den digital geschützten Medikationsprozess entsprochen wurde.

Vielen Dank schon einmal im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Max Mustermann