

Bitte im Original zurücksenden

BKK PFAFF  
Postfach 11 20  
67601 Kaiserslautern

### **Widerspruch gegen die elektronische 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.

#### **Meine persönlichen Angaben**

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>Name:</b> | <b>Geb.:</b>      |
| <b>PLZ:</b>  | <b>Straße:</b>    |
| <b>Ort:</b>  | <b>KV-Nummer:</b> |

#### **Genereller Widerspruch**

Hiermit widerspreche ich gegen

**die „ePA für alle“**

Dieser Widerspruch beinhaltet automatisch alle folgenden Einzelwidersprüche.

#### **Widerspruch gegen einzelne Funktionen der ePA**

(Die ePA besteht mit entsprechenden Einschränkungen)

Hiermit widerspreche ich der Nutzung der ePA in folgenden Bereichen:

- das Einspielen von Daten zu in Anspruch genommenen Krankenkassenleistungen
- die Forschungsdatenspende
- die Teilnahme am digital gestützten Medikationsprozess
- die Übertragung von Daten aus dem E-Rezept in die elektronische Medikationsliste der ePA

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift