

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

Name:	Geb.:
PLZ:	Straße:
Ort:	KV-Nummer:

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