

BKK\_DürkoppAdler  
Stieghorster Str. 66  
33605 Bielefeld

## Widerspruch gegenüber der elektronischen Patientenakte

_____ KV-Nummer	_____ Vorname	_____ Nachname
_____ Geburtsdatum	_____ E-Mailadresse (für ggf. Rückfragen)	

Der Widerspruch gilt auch für meine minderjährigen familienversicherten Angehörigen:  
(Volljährige Familienversicherte erklären den Widerspruch selbst.)

_____ KV-Nummer	_____ Vorname	_____ Nachname
_____ KV-Nummer	_____ Vorname	_____ Nachname
_____ KV-Nummer	_____ Vorname	_____ Nachname
_____ KV-Nummer	_____ Vorname	_____ Nachname

### WIDERSPRUCH

#### I. Genereller Widerspruch gegen alle Funktionen der ePA, inklusive Punkte 3-6:

Hiermit widerspreche ich gegen

- 1. Das Anlegen der „ePA für alle“
- 2. Eine bestehende "ePA für alle".  
(Die ePA inkl. aller darin gespeicherten Daten wird unwiderruflich gelöscht.)

Alternativ zum generellen Widerspruch

#### II. Widerspruch gegen einzelne Funktionen der ePA

(Die ePA wird mit entsprechenden Einschränkungen angelegt oder eine bestehenden ePA angepasst.)

Hiermit widerspreche ich der Nutzung der ePA in folgenden Bereichen:

- 3. Das Einspielen von Daten zu in Anspruch genommenen Krankenkassenleistungen
- 4. Die Forschungsdatenspende
- 5. Die Teilnahme am digital gestützten Medikationsprozess
- 6. Die Übertragung von Daten aus dem E-Rezept in die elektronische Medikationsliste der ePA

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift