

Opt-out-Erklärung zur „Elektronischen Patientenakte“ (ePA)

für mich selbst

für die nachstehend benannte Person, für die ich gesetzlicher Vertreter bin

.....
Name, Vorname

.....
Geb. Datum

.....
Adresse (Postleitzahl + Ort, Strasse + Hausnummer)

.....
Krankenkasse

.....
Versichertennummer

Hiermit erkläre ich für meine Person / für die oben benannte Person

**gegenüber der Familienpraxis in 63791 Karlstein
Dres. Zimmer – Miller – Bergmann - Überreiter**

dass eine „elektronische Patientenakte“ weder angelegt noch genutzt werden soll.
Ich habe deshalb bereits gegenüber der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse dem Anlegen einer „elektronischen Patientenakte“ widersprochen.

Änderungen meines diesbezüglichen Willens werde ich der Familienpraxis Karlstein mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Familienpraxis Karlstein diese Erklärung bei Bedarf zu Nachweiszwecken bei der zuständigen Krankenkasse oder bei der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung vorlegt.

.....
Name

.....
Vorname

Karlstein,
Datum

.....
Unterschrift Versicherter oder gesetzl.
Vertreter / sorgeberechtigt. Elternteil