



Erklärung zur „Elektronischen Patientenakte“ (ePA) nach bereits erfolgtem „Opt-Out“

für

.....
Name, Vorname Geb. Datum

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

.....
Krankenkasse Versichertennummer

Hiermit erkläre ich

- für mich selbst
- für die oben benannte Person, für die ich gesetzlicher Vertreter bzw. sorgeberechtigt bin

gegenüber der Familienpraxis in 63791 Karlstein. Dres. Zimmer – Miller – Bergmann – Überreiter, dass eine „elektronische Patientenakte“ weder angelegt noch genutzt werden soll.

Ich habe 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.

.....
Nur falls von oben abweichend:
Name, Vorname und Adresse des gesetzlichen Vertreters oder der/des Sorgeberechtigten (Eltern)

Karlstein, den
Datum

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