

## Wichtige Hinweise zu den Formularen

**(Diese erste Seite dient nur zur Info - bitte nicht an die Krankenkasse mitversenden!)**

Nachfolgend stellen wir Ihnen **Formulare zum Widersprechen gegen das Anlegen einer „elektronischen Patientenakte“ (ePA)** für alle deutschen gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung. Die Formulare können ausgedruckt und per Post oder Fax versandt werden.

Alle gesetzlich Krankenversicherten ab dem vollendeten 15. Lebensjahr können dem Anlegen einer ePA bei ihrer Krankenkasse widersprechen. Eltern können dies auch für ihre Kinder tun - und gesetzliche Betreuer für die von ihnen betreuten Personen.

Die Ausgestaltung der Widerspruchsmöglichkeiten wurde vom Gesetzgeber nicht einheitlich geregelt, sondern auf die gesetzlichen Krankenkassen übertragen. Die Handhabung der Widersprüche kann sich deshalb von Krankenkasse zu Krankenkasse unterscheiden.

Gesetzlich ist festgelegt, dass die Krankenkassen ihre Versicherten vor deren Widersprüchen über die elektronische Patientenakte informieren müssen. Geht ein Widerspruch schon vor Durchführung dieser Information ein, kann es sein, dass er unberücksichtigt bleibt und später wiederholt werden muss. Deshalb:

- **Bitte prüfen Sie den richtigen Zeitpunkt des Einlegens Ihres Widerspruches.**
- **Bitte prüfen Sie auch, ob Ihre Krankenkasse zwischenzeitlich schon eine eigene Widerspruchsmöglichkeit (ein Formular oder online) eingerichtet hat. In diesem Fall sollten Sie bevorzugt diese Möglichkeit nutzen.**

Die hier zur Verfügung gestellten Formulare sehen ausschließlich einen vollständigen

### **Widerspruch gegen das Anlegen einer ePA**

vor. Wir empfehlen diesen, wenn Sie Ihre Patienten-Daten möglichst gut schützen wollen. „Teil“-Widersprüche sind zwar ebenfalls möglich, aber wir halten deren Handhabung für unübersichtlich und wenig alltagstauglich.

Bitte wählen Sie das passende Formular-Set für Ihre Krankenkasse. Jedes Set enthält drei verschiedene, jeweils 1-seitige Formulare:

- a) Ein Formular für eine einzelne versicherte Person
- b) Ein Formular für Widersprüche von Eltern für ihre Kinder
- c) Ein Formular für gesetzliche Betreuer, die einen Widerspruch für von Ihnen betreute Menschen einlegen möchten.

Als Ausdruck benötigen Sie nur **eine Seite** des für Sie zutreffenden Formulars.

Beispiel: Eine Familie mit zwei Eltern und zwei Kindern benötigt zweimal Formular „a“ (jeweils einmal je Elternteil) und einmal Formular „b“ (für die beiden Kinder).

Bitte achten Sie auf die korrekte Angabe der Versichertennummern. Diese finden Sie unten auf der Vorderseite der „Gesundheitskarte“.

Die hier bereitgestellten Formulare wurden ehrenamtlich erstellt. Sie werden kostenfrei und ausschließlich zur allgemeinen Information zur Verfügung gestellt. Wir führen keine Rechtsberatung durch und können keine rechtlichen Fragen behandeln, die im individuellen Fall auftreten. Wir übernehmen keine Gewähr für Fehlerfreiheit und/oder Rechtswirksamkeit der Formulare und schließen, soweit dies gesetzlich zulässig ist, jede Haftung aus.

Bitte teilen Sie uns Fehler in den Formularen, z.B. fehlerhafte Adressangaben zu den Krankenkassen, mit. Gerne können Sie uns auch Infos/Links zu den von Ihrer Krankenkasse bereitgestellten Widerspruchsmöglichkeiten senden. Wir können diese dann für alle Versicherten online zur Verfügung stellen. E-Mail-Kontakt: [digital@mezis](mailto:digital@mezis)

**Absender**

.....  
(Vorname, Name)

.....  
(Versicherten-Nummer)

.....  
(Straße + Hausnr.)

.....  
(Geburtsdatum)

.....  
(Postleitzahl + Ort)

**An die  
Mobil Krankenkasse  
Friedenheimer Brücke 29  
80639 München**

**Fax: 0800 255 3002-888**

**Widerspruch gegen das Anlegen einer elektronischen Patientenakte**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich dem Anlegen einer „elektronischen Patientenakte“ (ePA) für mich.

Sollte bereits eine elektronische Patientenakte für meine Person angelegt worden sein, ersuche ich Sie hiermit, diese umgehend wieder vollständig zu löschen.

Bitte informieren Sie mich rechtzeitig, falls für die volle Rechtswirksamkeit des von mir gewünschten vollständigen ePA-„Opt-Out“ zu einem späteren Zeitpunkt ein erneuter Widerspruch eingelegt werden muss und/oder ein anderes Verfahren hierfür erforderlich ist.

Ich bitte Sie um schriftliche Bestätigung des Eingangs und der Bearbeitung dieses Widerspruchs.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der versicherten Person

Absender

.....  
(Vorname, Name)

.....  
(Straße + Hausnr.)

.....  
(Postleitzahl + Ort)

An die  
**Mobil Krankenkasse**  
**Friedenheimer Brücke 29**  
**80639 München**

Fax: 0800 255 3002-888

**Widerspruch gegen das Anlegen einer elektronischen Patientenakte**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich/wir dem Anlegen einer „elektronischen Patientenakte“ (ePA) für nachfolgend benannte/-s, bei Ihnen versicherte/-s Kind/-er, für das/die ich/wir sorgeberechtigte/-s Elternteil/-e bin/sind:

1. **Vorname, Name:** ..... Geburtsdatum: .....  
Versicherten-Nr.: .....  
ggfs. abweichende Adresse: .....
2. **Vorname, Name:** ..... Geburtsdatum: .....  
Versicherten -Nr.: .....  
ggfs. abweichende Adresse: .....
3. **Vorname, Name:** ..... Geburtsdatum: .....  
Versicherten -Nr.: .....  
ggfs. abweichende Adresse: .....

Sollten bereits elektronische Patientenakten für eine oder mehrere der genannten Personen angelegt worden sein, ersuche ich/wir Sie, diese umgehend wieder vollständig zu löschen.

Bitte informieren Sie mich/uns rechtzeitig, falls für die volle Rechtswirksamkeit des von mir/uns gewünschten vollständigen ePA-„Opt-Out“ zu einem späteren Zeitpunkt ein erneuter Widerspruch eingelegt werden muss und/oder ein anderes Verfahren hierfür erforderlich ist.

Ich/wir bitte Sie um schriftliche Bestätigung des Eingangs und der Bearbeitung dieses Widerspruchs.

....., .....  
Ort Datum Unterschrift sorgeberechtigtes Elternteil (wie Absender)

**Bei gemeinsamem Sorgerecht:**

Name, Vorname eines weiteren sorgeberechtigten Elternteils: .....

Adresse .....

....., .....  
Ort Datum Unterschrift weiteres sorgeberechtigtes Elternteil

Absender

.....  
(Vorname, Name)

.....  
(Straße + Hausnr.)

.....  
(Postleitzahl + Ort)

An die  
**Mobil Krankenkasse**  
**Friedenheimer Brücke 29**  
**80639 München**

Fax: 0800 255 3002-888

### **Widerspruch gegen das Anlegen einer elektronischen Patientenakte**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich dem Anlegen einer „elektronischen Patientenakte“ (ePA) für die nachfolgend aufgeführte, bei Ihnen krankenversicherte Person, für die ich die/der zuständige gesetzliche Betreuer:in bin.

Eine Kopie des Betreuungsausweise lege ich bei.

**Vorname, Name:** ..... **Geburtsdatum:** .....

Versicherten-Nr.: .....

Adresse: .....

Sollte bereits eine elektronische Patientenakte für die genannte Person angelegt worden sein, ersuche ich Sie, diese umgehend wieder vollständig zu löschen.

Bitte informieren Sie mich rechtzeitig, falls für die volle Rechtswirksamkeit des von mir gewünschten vollständigen ePA-„Opt-Out“ zu einem späteren Zeitpunkt ein erneuter Widerspruch eingelegt werden muss und/oder ein anderes Verfahren hierfür erforderlich ist.

Ich bitte Sie um schriftliche Bestätigung des Eingangs und der Bearbeitung dieses Widerspruchs.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift