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 zudem für ihre Kinder bis zu deren 14. Lebensjahr tun - und gesetzliche Betreuer für die von ihnen betreuten Personen.

Die Ausgestaltung der Widerspruchsmöglichkeiten wurde vom Gesetzgeber leider nicht einheitlich geregelt, sondern auf die gesetzlichen Krankenkassen übertragen. Die Handhabung der Widersprüche kann sich deshalb von Krankenkasse zu Krankenkasse unterscheiden. Bitte prüfen Sie auch, ob Ihre Krankenkasse eine brauchbare eigene Widerspruchsmöglichkeit (ein Formular oder online) eingerichtet hat - in diesem Fall sollten Sie bevorzugt die dort bereit gestellte Möglichkeit nutzen.

Die hier zur Verfügung gestellten Formulare sehen ausschließlich einen

> **vollständigen Widerspruch** gegen das Anlegen einer ePA bzw. einen
> **vollständigen Löschauftrag** bei bereits angelegter ePA vor.

„Teil“-Widersprüche sind zwar grundsätzlich möglich, aber wir halten deren Ausgestaltung für unübersichtlich, wenig alltagstauglich und empfehlen daher einen vollständigen Widerspruch / Löschauftrag.

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 Kinde
c) Ein Formular für gesetzliche Betreuer, die einen Widerspruch für von Ihnen betreute Menschen einlegen möchten.

Als Ausdruck benötigen Sie **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 gemeinsam).
Bitte achten Sie auf die korrekte Angabe der jeweiligen Versichertennummer. Diese finden Sie unten auf der Vorderseite Ihrer „Gesundheitskarte“.

Haftungsausschluss: 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.

Absender

…… ……..
(Vorname, Name) **(Versicherten-Nummer)**

…… ……..
(Straße + Hausnr.) **(Geburtsdatum)**

…… ……..
(Postleitzahl + Ort)

An die
Novitas BKK
Schifferstraße 92-100
47059 Duisburg

Fax: 0800-222340010

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
Novitas BKK
Schifferstraße 92-100
47059 Duisburg

Fax: 0800-222340010

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
Novitas BKK
Schifferstraße 92-100
47059 Duisburg

Fax: 0800-222340010

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