Muster 6

***Widerspruch gegen Weitergabe und Nutzung von ePA-Daten zu Forschungszwecken*** (voraussichtlich ab Juli 2025)

Name Versicherte/r

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Datum

Krankenkasse XY

Ombudsstelle ePA

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Versicherte/r:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerspreche ich der Übermittlung meiner Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) an das Forschungsdatenzentrum gemäß § 363 Abs. 1 – 2 SGB V (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch) und bitte um schriftliche Bestätigung des Eingangs meines Widerspruchs.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der/des Versicherten