

### Widerspruch gegen die Anlage einer elektronischen Patientenakte (ePA)

Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Wenn Sie sich gegen die Anlage Ihrer ePA entscheiden, füllen Sie dieses Formular aus und senden es **unterschieden** an uns zurück.

#### Meine persönlichen Angaben

Mit einem \* markierte Angaben sind Pflichtangaben.

Name, Vorname*	Geburtsdatum*
Postleitzahl*	Straße/Hausnummer*
Ort*	Versichertennummer*

#### Erklärung Einrichtung der ePA

Hiermit widerspreche ich der Anlage einer elektronischen Patientenakte (ePA).

_____ Datum	_____ Unterschrift Versicherter
----------------	------------------------------------

#### Hinweise zur Nutzung dieses Formulars:

- Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und leserlich aus.
- Senden Sie das ausgefüllte Formular per Post, E-Mail oder über die HEK Service-App an die HEK zurück.