



**Widerspruch gegen die Anlage einer elektronische Patientenakte (ePA) nach § 341 ff SGB V**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse (Straße, PLZ und Ort) der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

Ich widerspreche der Erstellung einer ePA für meine Person.

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 342 Abs. 1 Satz 2 SGB V zum Zwecke der Entgegennahme und Verarbeitung von Widersprüchen gegen die elektronische Patientenakte nach erhoben und verarbeitet. Sie haben jederzeit das Recht, diese Willenserklärung zu widerrufen, sofern Sie zu einem späteren Zeitpunkt doch von dem Angebot einer elektronischen Patientenakte Gebrauch machen möchten. Bitte nehmen Sie in diesem Fall Kontakt mit uns auf.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/nw/datenschutzrechte](http://aok.de/nw/datenschutzrechte). Verantwortlich ist die AOK NordWest. Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

**X**

\_\_\_\_\_  
Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift