
(Name des Patienten)

(Geburtsdatum)

(Anschrift)

(Anschrift)

An die Praxis
Dr. med. Ulrich Bohnet
Radolfzeller Str. 62A
D - 78467 Konstanz

O Hiermit lehne ich ausdrücklich die Speicherung von Daten aus meiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis Dr.med. Ulrich Bohnet in der elektronischen Patientenakte (ePA) ab.

(Datum)

(Unterschrift)

An die

(Datum)

Meine Versicherungsnummer: _____

Versichertennummer: _____

Widerspruchserklärung zum Anlegen einer elektronischen Patientenakte (ePA)
und zur Speicherung von Gesundheitsdaten gem. § 341 SGB V

Hiermit widerspreche ich der für mich im OptOut-Verfahren
angelegten elektronische Patientenakte und verlange Löschung derselben.

für mich

für mein Kind/meine Kinder _____

Sollten Sie noch nicht über die technischen Voraussetzungen zur Einrichtung der
elektronischen Patientenakte verfügen, bitte ich um Vormerkung der Löschung
in meinen Versichertendaten und Bestätigung der Löschungsvormerkung.

Von Callbacks bitte ich ausdrücklich Abstand zu nehmen!
Ich bitte um Zusendung des Löschprotokolls bzw. Bestätigung der Löschung

Mit freundlichen Grüßen

_____, den _____