

An die Krankenkasse

---

---

---

**Widerspruch  
gegen die Anlage einer elektronischen Patientenakte  
gemäß § 341 SGB V durch meine Krankenkasse**

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

geboren am \_\_\_\_\_  
(TT/MM/JJJ)

wohnhaft \_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Wohnort)

Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_  
(Mitgliedsnummer der Krankenkasse)

habe mich bislang nicht aktiv für die Einrichtung einer elektronischen Patientenakte (ePA) im Sinne des § 341 SGB V durch Sie entschieden.

Angesichts der aktuell in Rede stehenden gesetzlichen Änderungen muss ich davon ausgehen, dass Sie nun eine solche ePA für mich anlegen, wenn ich dem nicht ausdrücklich widerspreche.

**Dies vorausgeschickt, erkläre ich hiermit ausdrücklich, was folgt:**

1. Ich untersage Ihnen die Anlage einer ePA im Sinne des § 341 SGB V in Bezug auf meine Person.
2. Mit einer Weitergabe jedweder mich betreffenden Daten, die in Ihre Verfügungsgewalt als Krankenkasse gekommen sind oder noch kommen werden, an Dritte bin ich nicht einverstanden. Insbesondere medizinische Informationen und/oder ärztliche Befunde dürfen in keiner Form an Dritte – auch nicht zu Forschungs- oder Beratungszwecken – weitergeleitet werden. Dieses Verbot jedweden Datenverkehrs aus den Beständen meiner Krankenkasse betrifft sowohl unmittelbare Informationen zu meiner Person als auch anonymisierte oder pseudonymisierte Daten. Die Untersagung dieser Datenweitergabe soll nach Art, Umfang und Dauer in keiner Weise beschränkt sein, sondern in jedem Falle so weit reichen, wie es verfassungskonform ausgelegte Gesetze, Verordnungen, Satzungen oder sonstige Rechtsquellen im umfassendsten Sinne gestatten.
3. Befreiungen von diesen Vertraulichkeitsbestimmungen bedürfen in jedem Falle meiner vorherigen Einwilligungserklärung in Schrift- oder Textform, die den konkreten Umfang der Offenlegung im Einzelfall beschreibt. Nur nach einer ausdrücklichen solchen Genehmigung durch mich dürfen Befunde oder sonstige Daten weitergegeben werden, sofern und soweit dies von Gesetzes wegen vorgesehen (Genehmigung von Heil- und Hilfsmittelverfahren, Rentenverfahren etc.) und in tatsächlicher Hinsicht unabweisbar notwendig sein sollte.

Ich bitte, mir den Eingang dieses Schreibens schriftlich zu bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift