

Abs.

(Name d. Betreuten / Kindes)

(Straße, HausNr.)

(Postleitzahl Wohnort)

An

(Name d. Krankenkasse)

(Straße HausNr. ODER Postfach)

(Postleitzahl Ort)

Datum:

Widerspruch gegen Übernahme Verordnungsdaten in Vertretung

Gesetzl. Vertreter:

(Name u. Anschrift des 1. Vertreters)

(Name u. Anschrift des 2. Vertreters)

Versicherten-Nr:

(Versicherten-Nr des Betreuten / Kindes)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Namen von _____ wird der Widerspruch
(Name d. Betreuten / Kindes)

erklärt gegen die Übermittlung der Verordnungsdaten und Dispensierinformationen elektronischer Verordnungen in die elektronische Patientenakte (ePA) von

_____, die im Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch,
(Name d. Betreuten / Kindes)

(SGB V.), in § 342 Abs. 2a Nr. 1a vorgesehen ist. Sofern bereits solche Daten in diese ePA übermittelt wurden, wird deren Löschung beantragt. Dieser Widerspruch ist nach § 342 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. s) und u) SGB V. zulässig.

Bitte bestätigen Sie, dass Sie diesen Widerspruch erhalten haben und beachten werden.

Das Vertretungsrecht besteht, wegen Elternschaft / gesetzlicher Betreuung.
(Unzutreffendes bitte streichen)

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift Vertreter 1)

(Unterschrift Vertreter 2)