

Bitte im Original zurücksenden

KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

Formular zum Widerspruch zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Bitte wählen Sie bei Bedarf die Option aus, der Sie widersprechen möchten.

☐ **Ich möchte der ePA widersprechen.**

Bitte wählen Sie diese Option aus, wenn wir Ihre ePA löschen sollen und Sie nicht von den Vorteilen der ePA profitieren möchten.

☐ **In meine ePA möchte ich keine Abrechnungsdaten (zum Beispiel Arztbesuche, Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, Medikamente) von der KNAPPSCHAFT eingestellt bekommen.**

Bitte wählen Sie diese Option aus, wenn Sie keine Abrechnungsdaten in Ihre ePA eingestellt bekommen möchten.



Datum

Unterschrift

Zusätzliche Informationen finden Sie unter www.knappschaft.de/epa-fuer-alle.

Haben Sie weitere Fragen? Dann rufen Sie uns gerne unter der kostenfreien Servicenummer 08000 200 510 (Montag bis Freitag von 8 bis 19 Uhr) an.

YRCMOA1028 17351.01