

Bitte im Original zurücksenden

KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

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

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

Formular zur Rücknahme (Widerruf) eines Widerspruchs zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Bitte füllen Sie dieses Formular nur aus, wenn Sie in der Vergangenheit bereits gegen die ePA oder dem Einstellen von Abrechnungsdaten widersprochen haben.

Bitte wählen Sie die Option aus, die Sie widerrufen möchten.

☐

Ich habe der ePA widersprochen, möchte jetzt aber eine ePA erhalten.

Bitte wählen Sie diese Option aus, wenn wir für Sie eine ePA anlegen sollen.

☐

Ich habe dem Einstellen von Abrechnungsdaten (zum Beispiel Arztbesuche, Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, Medikamente) von der KNAPPSCHAFT widersprochen, möchte jetzt aber Abrechnungsdaten eingestellt bekommen.

Bitte wählen Sie diese Option aus, um zu widerrufen, dass Sie keine Abrechnungsdaten in Ihre ePA eingestellt bekommen möchten.

Hinweis: Wenn Sie diese Option wählen, werden Ihnen Abrechnungsdaten in Ihre ePA eingestellt.



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.