DIE KRANKENKASSE

FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG



Rückantwort an:

BKK SCHEUFELEN Schöllkopfstraße 65 73230 Kirchheim unter Teck Ombudstelle ePA

Telefon:

08002552965

Telefax:

+49 7021 7374 277

E-Mail:

ombudstelle@bkk-scheufelen.de

Bitte ausgefüllt und unterschrieben an die BKK Scheufelen senden.

EINZELWIDERSPRUCH

gegen einzelne Funktionen zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Hiermit widerspreche ich ausdrücklich der automatischen Anlage einzelner Funktionen der elektronischen Patientenakte (ePA). Der Widerspruch gilt parallel für mitversicherte Familienangehörige unter 15 Jahren.

Abrechnungsdaten

In Ihrer ePA wird Ihnen eine Leistungsübersicht angezeigt. Diese Übersicht beinhaltet eine Auflistung der in Anspruch genommen Leistungen, die über die BKK Scheufelen abgerechnet wurden. Sollten Sie dem widersprechen wird die BKK Scheufelen keine Leistungsauskunft in die ePA einstellen.

Medikationsprozess

Informationen zu Medikamenteneinnahme, Dauer sowie die Dosierung werden in einem Medikationsplan festgehalten. Wenn Sie dem widersprechen, wird der Medikationsplan nicht in Ihrer ePA hinterlegt.

Forschungsdaten

Um die medizinische Forschung zu unterstützen, können Ihre gespeicherten Daten pseudonymisiert in der ePA hierzu verwendet werden. Wenn Sie dem widersprechen, werden Ihre Daten nicht für Forschungszwecke weitergegeben.

E-Rezept Daten

In Ihrer ePA steht Ihnen das E-Rezept Modul zur Verfügung. In diesem wird eine ausführliche Übersicht Ihrer verordneten Medikamente hinterlegt. Wenn Sie dem widersprechen, werden die Daten der eRezepte nicht in der ePA gespeichert.

Bitte Rückseite beachten!



DIE KRANKENKASSE





Fortsetzung des Formulars

► Persönliche Daten des Mitglieds (bitte in Druckbuchstaben ergänzen) ◀	
■ Name: ■ Vorname	■ Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:	■ E-Mail
► Daten des 1.Kindes (bitte in Druckbuchstaben ergänzen) ◀	
■ Name: ■ Vorname	■ Versicherungsnummer
■ Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:	■ E-Mail
► Daten des 2.Kindes (bitte in Druckbuchstaben ergänzen) ◀	
■ Name: ■ Vorname	■ Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:	■ E-Mail
► Daten des 3.Kindes (bitte in Druckbuchstaben ergänzen) ◀	
■ Name: ■ Vorname Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:	■ Versicherungsnummer ■ E-Mail
► Daten des 4.Kindes (bitte in Druckbuchstaben ergänzen) ◀	
■ Name: ■ Vorname	■ Versicherungsnummer
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:	■ E-Mail
Es ist mir bekannt, dass ich jederzeit meinen Widerspruch widerrufen kann.	
■ Datum: ■ Name, Vorname	■ Unterschrift

