

Rückantwort an:

BKK SCHEUFELN
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 genommenen 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!

Fortsetzung des Formulars

► Persönliche Daten des Mitglieds (bitte in Druckbuchstaben ergänzen) ◀

<input type="checkbox"/> Name:	<input type="checkbox"/> Vorname	<input type="checkbox"/> Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:		<input type="checkbox"/> E-Mail

► Daten des 1. Kindes (bitte in Druckbuchstaben ergänzen) ◀

<input type="checkbox"/> Name:	<input type="checkbox"/> Vorname	<input type="checkbox"/> Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:		<input type="checkbox"/> E-Mail

► Daten des 2. Kindes (bitte in Druckbuchstaben ergänzen) ◀

<input type="checkbox"/> Name:	<input type="checkbox"/> Vorname	<input type="checkbox"/> Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:		<input type="checkbox"/> E-Mail

► Daten des 3. Kindes (bitte in Druckbuchstaben ergänzen) ◀

<input type="checkbox"/> Name:	<input type="checkbox"/> Vorname	<input type="checkbox"/> Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:		<input type="checkbox"/> E-Mail

► Daten des 4. Kindes (bitte in Druckbuchstaben ergänzen) ◀

<input type="checkbox"/> Name:	<input type="checkbox"/> Vorname	<input type="checkbox"/> Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:		<input type="checkbox"/> E-Mail

Es ist mir bekannt, dass ich jederzeit meinen Widerspruch widerrufen kann.

☐ Datum: ☐ Name, Vorname ☐ Unterschrift