

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.

WIDERSPRUCH

gegen alle Funktionen zur elektronischen Patientenakte (ePA)

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

► 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