

**bkk melitta hmr**  
Marienstraße 122  
32372 Minden

Persönliche Angaben			
Name	Vorname	Geburtsdatum	eGK-Nummer
Straße, Nr.		PLZ, Ort	

Der Widerspruch /Widerruf umfasst neben meiner Person, auch die nachfolgend aufgeführten Personen, die noch keine 15 Jahre alt sind und aus dem Grund noch keine Handlungsfähigkeit im Sinne des § 36 SGB I besitzen.

Name	Vorname	Geburtsdatum	eGK-Nummer
Name	Vorname	Geburtsdatum	eGK-Nummer
Name	Vorname	Geburtsdatum	eGK-Nummer
Name	Vorname	Geburtsdatum	eGK-Nummer

Mein Widerspruch
<p><b>1.1:</b> Vollumfänglicher Widerspruch gegen alle mit der ePA zusammenhängenden Features (einschließlich aller Dinge unter Punkt 1.2).</p> <p><b>Hiermit widerspreche ich gegen</b></p> <p><input type="checkbox"/> das Anlegen der „ePA für alle“</p> <p><input type="checkbox"/> eine bestehende „ePA für alle“. (Die ePA inklusive aller darin gespeicherten Daten wird unwiderruflich gelöscht!)</p> <p><b>ODER</b></p> <p><b>1.2:</b> Widerspruch gegen einzelne Features der ePA – (Die ePA wird mit den entsprechenden Einschränkungen angelegt oder eine bestehende ePA angepasst.)</p> <p><b>Hiermit widerspreche ich gegen</b></p> <p><input type="checkbox"/> die Forschungsdatenspende</p> <p><input type="checkbox"/> das Einspielen von Daten zu in Anspruch genommenen Krankenkassenleistungen</p> <p><input type="checkbox"/> die Teilnahme am digital gestützten Medikationsprozess</p> <p><input type="checkbox"/> die Übertragung von Daten aus dem E-Rezept in die elektronische Medikationsliste der ePA</p>

## Mein Widerruf

### Hiermit widerrufe ich meinen Widerspruch gegen

- die Anlage der „ePA für alle“
- die Forschungsdatenspende
- das Einspielen von Daten zu in Anspruch genommenen Krankenkassenleistungen
- die Teilnahme am digital gestützten Medikationsprozess
- die Übertragung von Daten aus dem E-Rezept in die elektronische Medikationsliste der ePA

---

Ort, Datum

---

Name in Druckbuchstaben und Unterschrift