

**Bitte im Original zurücksenden**

KNAPPSCHAFT
Kranken- und Pflegeversicherung
45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

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

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

Formular zum Widerspruch zur elektronischen Patientenakte (ePA)

Bitte wählen Sie bei Bedarf die Option aus, der Sie widersprechen möchten.

 Ich möchte keine ePA erhalten.

Bitte wählen Sie diese Option aus, wenn Sie keine ePA erhalten und nicht von den Vorteilen der ePA profitieren möchten.

 In meine ePA möchte ich keine Abrechnungsdaten (zum Beispiel Arztbesuche, Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, Medikamente) von der KNAPPSCHAFT eingestellt bekommen.

Bitte wählen Sie diese Option aus, wenn Sie keine Abrechnungsdaten in Ihre ePA eingestellt bekommen möchten.



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.

