

Familiennamē \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

An die Praxis Zum See  
Dipl.-Psych. Katharina Gutmann  
Äußeres Härle 7  
88630 Pfullendorf

Hiermit lehne ich ausdrücklich die Speicherung von Daten aus meiner psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis zum See, Dipl.-Psych. Katharina Gutmann, in der elektronischen Patientenakte (ePA) ab.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Familiennname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

An

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

**Widerspruchserklärung zum Anlegen einer elektronischen Patientenakte (ePA) und zur Speicherung von Gesundheitsdaten gem. § 341 SGB V**

Hiermit widerspreche ich der für mich im OptOut-Verfahren angelegten elektronische Patientenakte und verlange Löschung derselben. Sollten Sie noch nicht über die technischen Voraussetzungen zur Einrichtung der elektronischen Patientenakte verfügen, bitte ich um Vormerkung der Löschung in meinen Versichertendaten und Bestätigung der Löschungsvormerkung. Von Callbacks bitte ich ausdrücklich Abstand zu nehmen! Ich bitte um Zusendung des Löschprotokolls bzw. um Bestätigung der Löschung

Mit freundlichen Grüßen

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_