



**Absender**

BARMER  
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom  
Ihr Zeichen

**Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte**

**Wichtig: Ist die Akte bereits angelegt, führt der Widerspruch zu ihrer vollständigen Löschung.**

Hiermit widerspreche ich der elektronischen Patientenakte für

Vorname Name

Krankenversichertennummer

☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitversicherte unter 15 Jahren:

☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass dieser Vordruck ausschließlich für Sie und Ihre unter 15-jährigen Familienversicherten gilt. Für alle weiteren Angehörigen nutzen Sie bitte einen eigenen Vordruck.

**Nutzen Sie die BARMER eCare-App?**

Wenn Sie die BARMER eCare bereits nutzen und der elektronischen Patientenakte jetzt widersprechen, wird die Akte mit allen Daten vollständig gelöscht. Bitte speichern Sie Informationen und Dokumente die Ihnen wichtig sind außerhalb der eCare, bevor Sie das Formular absenden. Nach der Löschung können die Daten nicht wiederhergestellt werden.

Datum/Unterschrift

\_\_\_\_\_

**Alle Felder sind Pflichtfelder.**

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.