



Absender

BARMER
73524 Schwäbisch Gmünd

Ihr Schreiben vom _____
Versichertennummer _____

Widerspruch gegen die Datenspende aus Ihrer elektronischen Patientenakte

Hiermit widerspreche ich der Datenspende an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit aus der elektronischen Patientenakte für:

Vorname Name

Versichertennummer

☐

Mitversicherte unter 15 Jahren:

Vorname Name

Versichertennummer

☐

☐

☐

☐

☐

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.

Sie können trotz Widerspruch gegen die Datenspende Ihre elektronische Patientenakte wie gewohnt nutzen. Ein Widerspruch hat keine Nachteile für Sie. Ihre medizinische Versorgung und Ihre Leistungen bleiben unverändert.

Datum/Unterschrift (Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

Alle Felder sind Pflichtfelder.

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.