

# Widerspruch gegen die geplante Einrichtung der ePA für alle

Die Nutzung der ePA ist freiwillig. Wenn Sie sich gegen die **Einrichtung Ihrer persönlichen elektronischen Patientenakte (ePA)** entscheiden, können Sie uns diese Entscheidung mit diesem Formular mitteilen. Füllen Sie es bitte einfach aus und senden es unterschrieben an uns zurück.

## Gut zu wissen:

Sie können den Widerspruch jederzeit zurücknehmen und damit die ePA aktivieren lassen.

### 1. Persönlichen Angaben (alle Daten erforderlich)

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

Straße/Hausnummer:

Geburtsdatum:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

PLZ:

Ort:

### 2. Erklärung zur Einrichtung der ePA für alle

- Hiermit widerspreche ich der Anlage der ePA (inkl. Bereitstellung der elektronischen Abrechnungsdaten) für meine Person.
- Hiermit widerspreche ich der Bereitstellung der elektronischen Abrechnungsdaten (eAD) durch die Mobil Krankenkasse.

**Datenschutzhinweis:** Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Prüfung und Durchführung der Widerspruchsmöglichkeit im Rahmen von §342 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter [mobil-krankenkasse.de/datenschutz](http://mobil-krankenkasse.de/datenschutz)

Telefon (freiwillige Angabe):

E-Mail (freiwillige Angabe):

Ort, Datum:

Unterschrift:

## Senden Sie bitte die Seite ausgefüllt zurück



**Per Post:**  
Mobil Krankenkasse  
20091 Hamburg