Widerrufserklärung sämtlicher erteilter Einwilligungen zur Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie Widerspruchserklärung zum Opt-Out für zukünftige Nutzung der ePA.

Hiermit widerrufe ich:

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

Name Vorname Geb. am

sämtliche erteilten Einwilligungen gemäß SGB V und weiterer einschlägiger Gesetze zur Nutzung der ePA für die Verarbeitung von auf mich personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten sowie besonderen Kategorien personenbezogener Daten gem. Art. 9 DSGVO. Hiervon betroffen sind insbesondere die Verarbeitungen von genetischen, biometrischen und gesundheitlichen Daten sowie Daten zu Sexualleben oder sexueller Orientierung. Der Widerruf richtet sich folglich auf sämtliche Diagnosen, Anamnesen, Medikationen, Allergien, Behandlungsdaten und weitere Gesundheitsdaten, welche einen Personenbezug zu mir nicht ausschließen können. Diese zuvor genannten Aufzählungen sind nicht abschließend.

Darüber hinaus widerspreche ich hiermit der zukünftigen Nutzung der ePA ausdrücklich (Opt-Out).

Gemäß § 344 Abs. 3 SGB V verlange ich zudem eine vollständige Löschung der ePA und eine Bestätigung über die erfolgte Löschung.

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

Ort, Datum Unterschrift

(bei Jugendlichen unter 18 Jahren Unterschrift aller Sorgeberechtigten)

Der Empfang der Erklärungen wird bestätigt:

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

Ort, Datum Name des Empfängers / Stempel der Praxis