

Absender:

Name

Vorname

PLZ

Stadt

Straße

Hausnummer

Versichertennummer

Betreff: Einschränkungserklärung zur Nutzung und Weitergabe der elektronischen Patientenakte (ePA)

Datum: _____

Empfänger

Name (Krankenkasse / Datenschutzbeauftragter der Krankenkasse)

PLZ

Stadt

Straße

Hausnummer

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit erkläre ich meine ausdrücklichen Einschränkungen zur Nutzung, Einsichtnahme und Weitergabe der in meiner elektronischen Patientenakte (ePA) gespeicherten Daten. Diese Einschränkungen gelten ab sofort und umfassen:

1. Beschränkung der Zugriffsberechtigungen:

Der Zugriff auf meine ePA-Daten wird ausschließlich den von mir autorisierten Gesundheitsdienstleistern erlaubt, Die sind wie eingetragen

2. Andere Personen oder Institutionen, insbesondere:

- Apotheken,
 - Krankenhäuser,
 - Forschungseinrichtungen,
 - oder andere Dritte,
- sind von der Einsichtnahme ausgeschlossen.

3. Verbot der Weitergabe an Dritte:

Jegliche Weitergabe meiner ePA-Daten, auch in pseudonymisierter oder anonymisierter Form, an externe Dienstleister, Forschungseinrichtungen, Krankenkassenverbände oder andere Dritte ist untersagt.

4. Spezifische Ausnahmen:

Folgende Dokumente und Daten sind vollständig von der Einsichtnahme durch Gesundheitsdienstleister ausgeschlossen:

a. _____

b. _____

4. Überprüfung und Protokollierung:

Ich fordere, dass sämtliche Zugriffe auf meine ePA-Daten vollständig protokolliert werden und ich jederzeit eine Einsicht in diese Protokolle nehmen kann.

5. Bestätigung:

Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung, dass diese Einschränkungen umgesetzt wurden und dass alle betroffenen Stellen entsprechend informiert wurden.

Ich möchte Sie darauf hinweisen, dass eine Missachtung dieser Einschränkungen gegen die geltenden Datenschutzgesetze (DSGVO und SGB V) verstößt und rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift