

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Nachname Vorname Geburtsdatum

SG Tarmstedt, der \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 2025



(hier ankreuzen)

**Ich lehne die elektronische Patientenakte (ePA) ab**

und möchte weiterhin das System (sog. Blauer Bogen u.a.) meiner Tarmstedter Hausarztpraxis Dr. Florian Steiner nutzen

-----

Ich weiß, dass ich meine Entscheidung jederzeit widerrufen kann.

-----

Falls Sie sich gegen die ePA entschieden haben (Kreuz links) und nicht selbst bei Ihrer Krankenkasse widersprechen, und möchten, dass wir Ihren Widerspruch an Ihre Krankenkasse weiterleiten, dann bitte links unten unterschreiben

**ePA - WIDERSPRUCH**

**Hiermit beauftrage ich meinen Hausarzt - Dr. Florian Steiner, Cloppenburg Str. 2 in 27412 Tarmstedt – meinen Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte an meine Krankenkasse weiterzuleiten.**

SG Tarmstedt, der \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 2025

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



(oder hier ankreuzen)

**Ich entscheide mich für die elektronische Patientenakte (ePA)**

und verzichte auf das System (sog. Blauer Bogen u.a.) meiner Tarmstedter Hausarztpraxis Dr. Florian Steiner

-----

Bitte im Falle eines Entscheidungswechsel dann Krankenkasse und Hausarztpraxis informieren

-----

Falls Sie sich für die ePA entschieden haben (Kreuz rechts), müssen Sie nichts weiter unternehmen. Aufgrund der sog. opt-out-Regel ist jeder in Deutschland ab voraussichtlich Februar 2025 automatisch bei der ePA dabei.

**Entscheidungshilfe** z.B.

<https://netzpolitik.org/2024/entscheidungshilfe-zur-elektronischen-patientenakte-soll-ichs-wirklich-machen-oder-lass-ichs-lieber-sein/>