**Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte (ePA) für eine betreute Person**

An: [Name der Krankenkasse]

Adresse: [Adresse der Krankenkasse]

Versichertennummer der betreuten Person: [Versichertennummer]

Betreff: Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte (ePA) und Löschung der Daten einer betreuten Person

Sehr geehrte Damen und Herren,  
  
hiermit lege ich als \*\***gesetzlicher Vertreter/Vormund/Sorgeberechtigter**\*\* gemäß § 342 SGB V sowie Art. 7 DSGVO Widerspruch gegen die automatische Einrichtung einer elektronischen Patientenakte (ePA) für die von mir betreute Person [Name der betreuten Person] ein. Falls eine ePA bereits eingerichtet wurde, fordere ich gemäß § 20 Abs. 2 SGB X sowie Art. 17 DSGVO unverzüglich deren vollständige Löschung einschließlich aller gespeicherten Daten.

Ich fordere ausdrücklich:

- Die s**ofortige Sperrung oder Nicht-Anlage** einer elektronischen Patientenakte für meine Person.

- Falls eine ePA bereits besteht: **Die vollständige Löschung** aller darin gespeicherten Daten.

- Die **Löschung sämtlicher ePA-Abrechnungsdaten**, die durch meine Krankenkasse gespeichert wurden.

- Den **Widerspruch gegen jegliche zukünftige automatische Speicherung** meiner Gesundheitsdaten.

- Den **Widerspruch gegen die Weitergabe meiner Daten für Forschungszwecke, KI-Training oder Statistiken**.

- Eine schriftliche Bestätigung über die erfolgte Umsetzung meines Widerspruchs und meiner Löschungsaufforderung.

Rechtliche Grundlage:

Mein Widerspruch und Löschungsantrag basiert auf den geltenden Datenschutzgesetzen, insbesondere Art. 7 und 17 DSGVO, § 342 SGB V sowie § 20 Abs. 2 SGB X. Ich weise darauf hin, dass die Missachtung meines Widerspruchs rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.  
Ich erwarte eine schriftliche Bestätigung dieses Widerspruchs und meiner Löschungsaufforderung innerhalb der gesetzlichen Frist von einem Monat. Sollten Sie meiner Aufforderung nicht nachkommen, behalte ich mir rechtliche Schritte vor.  
  
**Persönliche Angaben der betreuten Person:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Angaben des Sorgeberechtigten / Vormunds**:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beziehung zur betreuten Person: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_