

## Für die Arztpraxis

### Verbotserklärung zur Speicherung von Gesundheitsdaten in der elektronischen Patientenakte der Telematik

Hiermit verbiete ich ausdrücklich jede Speicherung von Gesundheitsdaten sowie die unberechtigte Einsichtnahme ohne mein Einverständnis in die von anderen Behandlern bereits gespeicherten Daten nach § 291a SGB V für mich,

\_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

für mich

für mein Kind/meine Kinder \_\_\_\_\_

der Praxis \_\_\_\_\_

Ich fordere zur sofortigen Löschung aller nach § 291a SGB V erhobenen Daten/der gesamten elektronischen Gesundheitsakte in der Telematik-Infrastruktur auf. (ggf. streichen).

Mir ist bewusst, dass der Behandler meine Gesundheitsakte in seiner Praxis weiterführt. Eine Weitergabe von Daten erfolgt nach Artikel 9 Datenschutzgrundverordnung DSGVO, gemäß Erwägungsgrund 43. D.h., dass in jedem Fall der Weitergabe von Daten meine Einverständniserklärung erforderlich ist. Gleichzeitig widerrufe ich alle bereits abgegebenen Einverständniserklärungen nach § 291 a SGB V.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient/Eltern/Sorgeberechtigter)

An die  
Krankenkasse

**Betr: Verbot des Anlegens einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291 a  
SGB V sowie der Speicherung von Gesundheitsdaten auf Servern der  
Krankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit verbiete ich ausdrücklich das Anlegen einer elektronischen Gesundheitsakte  
sowie jede Speicherung von Gesundheitsdaten nach § 291a SGB V

für mich

für mein Kind/meine Kinder \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Ich fordere zur sofortigen Löschung der Gesundheitsakte sowie aller nach § 291a  
SGB V erhobenen Daten auf.

Mir ist bewusst, dass jeder Behandler die Gesundheitsakte in seiner Praxis  
weiterführt. Eine Weitergabe von Daten erfolgt nach Artikel 9  
Datenschutzgrundverordnung DSGVO, gemäß Erwägungsgrund 43. D.h., dass in  
jedem Fall der Weitergabe von Daten meine Einverständniserklärung erforderlich ist.

Gleichzeitig widerrufe ich alle bereits abgegebenen Einverständniserklärungen nach  
§ 291 a SGB V.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient/Eltern/Sorgeberechtigter)