

Widerspruch

**gegen die Nutzung der elektronischen Patientenakte
sowie gegen die Einsichtnahme in die elektronische Patientenakte**

Erklärende/r:

(Versicherte/r Name Adresse Geburtsdatum) _____

Versichertennummer: _____

**Hiermit widerspreche ich der Einsichtnahme, Nutzung und Befüllung der für
mich angelegten elektronischen Patientenakte durch die Praxis /**

Zahnarzt/Zahnärztin:

(Name Praxis / Zahnarzt/Zahnärztin, Ort)

*Ergänzung: Mir ist bewusst, dass ich sämtliche Angaben zu meiner Gesundheit im
Rahmen der Anamnese gegenüber dem Arzt/der Ärztin zu erklären habe und ihm/ihr
gegebenenfalls die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung stellen muss.*

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)