

elektronische Gesundheitskarte  
Frieda Mustermann  
Krankenkasse  
123456789 A 123456789  
Versicherung Versichertennummer  
V.i.S.d.P.

# Stoppt die E-Card

Weitere Informationen finden Sie unter:

**[www.fvdz-egk.de](http://www.fvdz-egk.de)** oder **[www.stoppt-die-e-card.de](http://www.stoppt-die-e-card.de)**

## **Betrifft: Keine Speicherung meiner Daten via Elektronische Gesundheitskarte**

Hiermit nehme ich mein Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung wahr.

Ich verweigere meine Einwilligung, dass meine Daten entsprechend der Regelung des § 291 a SGB V (Elektronische Gesundheitskarte) erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Ich bitte Sie, meine medizinischen Daten außer zur Abrechnung nur zum Zwecke meiner Behandlung an einen anderen Arzt / Ärztin bzw. ein Krankenhaus elektronisch weiterzuleiten.

Jede anderweitige Verwendung sehe ich als Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht an.

Name, Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

Datum

---

Unterschrift

---

**An die Praxis**