

Heimat Krankenkasse
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld

Name, Vorname

Straße & Nr.

PLZ, Ort

Krankenversichertennummer

Geburtsdatum

Ort, Datum

Widerruf der Einwilligung und Löschung personenbezogener Daten für die elektronische Patientenakte (ePA)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerrufe ich meine Einwilligung (Identifizierung und Authentifizierung im Rahmen der initialen Einrichtung einer elektronischen Patientenakte und Einrichtung und Nutzung einer elektronischen Patientenakte) in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für die elektronische Patientenakte (ePA).

Meine bei Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten bitte ich im Rahmen der aktuellen Nutzungsbedingungen sowie mit Ablauf der gesetzlich verpflichtenden Aufbewahrungsfristen zu löschen.

Bitte bestätigen Sie mir den Erhalt des Widerrufs.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift