



Absender:

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versichertennummer: _____

Empfänger:

Praxis Birgit Huber
Bürgerreuther Str. 7a
95444 Bayreuth

Widerspruch gegen die Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA)

Hiermit erkläre ich der o.g. Praxis, dass ich

- ☐ der Einstellung aller existierender Unterlagen der Praxis
- ☐ der Einstellung bestimmter Unterlagen der Praxis (bitte nennen:)

durch die Praxis Birgit Huber widerspreche.

Ort, Datum

Unterschrift Klient bzw.
Erziehungsberechtigter