

Widerrufserklärung Versorgungsmanagement und elektronische Behandlungsinformation (eBI)

Urschriftlich zurück

KNAPPSCHAFT

Kranken- und Pflegeversicherung

45095 Essen

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit widerrufe ich meine Einwilligung zur Weitergabe und Verarbeitung von behandlungsrelevanten Informationen an die an meiner Behandlung beteiligten Personen sowie Institutionen im Rahmen von elektronischen Behandlungsinformationen (eBI).

Datum, Ort

Unterschrift



YRBPO66089 15586