

**Bitte im Original zurücksenden**

KNAPPSCHAFT  
Kranken- und Pflegeversicherung  
- elektronische Patientenakte -  
45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

**Rücknahme (Widerruf) Ihres Widerspruchs gegen die Befugniseinschränkung einzelner Leistungserbringereinrichtungen in der elektronischen Patientenakte (ePA)**

Hiermit widerrufe ich meinen Widerspruch gegen die folgende Leistungserbringereinrichtung (zum Beispiel Fach- oder Hausarzt) innerhalb meiner ePA.

Durch die Aufhebung der Befugniseinschränkung wird folgende Leistungserbringereinrichtung wieder für die ePA berechtigt. Somit kann diese zukünftig im Behandlungsfall Daten in die ePA einstellen oder einsehen.

Damit wir für Sie die Aufhebung vornehmen können, werden folgende Daten der Leistungserbringereinrichtung benötigt:

Name der Leistungserbringereinrichtung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Datum, Unterschrift



---