

**Widerrufserklärung zur Speicherung von Gesundheitsdaten
in der elektronischen Patientenakte der Telematik**

Hiermit widerrufe ich alle Einverständniserklärungen, die ich,

_____, geb. am: _____

Anschrift: _____

für mich

für mein Kind/meine Kinder _____

der Praxis _____

zur Speicherung meiner Gesundheitsdaten außerhalb der Praxis auf der elektronischen Patientenakte abgegeben habe.

Ich fordere zur sofortigen Löschung aller nach § 291a SGB V erhobenen Daten/meiner gesamten elektronischen Gesundheitsakte in der Telematik-Infrastruktur auf. (ggf. streichen).

Mir ist bewusst, dass mein Behandler meine Gesundheitsakte in seiner Praxis weiterführt. Eine Weitergabe von Daten erfolgt nach Artikel 9 Datenschutzgrundverordnung DSGVO, gemäß Erwägungsgrund 43. D.h., dass in jedem Fall der Weitergabe von Daten meine Einverständniserklärung erforderlich ist.

_____, den _____

(Unterschrift Patient/Eltern/Sorgeberechtigter)