



**Einwilligung zur Einrichtung und Nutzung einer elektronischen Patientenakte**

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail-Adresse	
Versichertennummer	

Ja, ich willige darin ein, dass die mhplus Krankenkasse zur initialen Einrichtung und anschließenden Verwaltung meiner elektronischen Patientenakte folgende personenbezogene Daten von mir

- + Geburtsdatum
- + Zeitstempel für die vollzogene Identifizierung
- + Schutzklasse für die Identifikation
- + Identifizierungsverfahren
- + Zusatz Meldeadresse: Anschrift
- + Meldeadresse: Länderkennzeichen
- + Meldeadresse: PLZ
- + Meldeadresse: Straße
- + Ende der Registration / Ja, oder Nein
- + Zeitpunkt Registrationsbeginn
- + Individuell in die ePA von mir eingestellte Daten

wie folgt verarbeiten darf

- + Starten der Anwendung ePA
- + Einrichten der Einstellungen für die ePA
- + Verwalten der gespeicherten Informationen des Nutzers

Die Verarbeitung meiner o.g. personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zu dem Zweck der initialen Einrichtung und anschließenden Verwaltung meiner elektronischen Patientenakte.

Ich weiß, dass meine Einwilligung freiwillig erfolgt und ich meine Einwilligung jederzeit grundlos widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung kann ich an die mhplus Krankenkasse mündlich zur Niederschrift oder schriftlich richten. In diesem Fall wird meine elektronische Patientenakte wieder gelöscht.

Weitere Informationen zu Art und Umfang der Datenverarbeitung kann ich der Datenschutzerklärung entnehmen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift