

ePA-Erfassungsbogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte Zutreffendes markieren:

☐ Ich lehne generell das Einstellen von jeglichen Informationen in die ePA ab.

☐ Ich möchte, dass Daten aus meiner jeweils aktuellen Behandlung ab 10/2025 (sofern diese in elektronischer Form vorliegen) in die ePA eingestellt werden.

☐ Ich lehne das Einstellen von sensiblen Informationen ab. (z.B. Ergebnisse genetischer Untersuchungen, Daten bei psychischen Erkrankungen, Daten bei Schwangerschaftsabbruch, Daten bei sexuell übertragbaren Infektionen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das ePA-Informationsschreiben zur Kenntnis genommen habe.

Datum

Unterschrift Patientin/Patient oder gesetzliche Vertretung