Max Mustermann Ort, Datum  
Mustermannstraße  
Musterstadt

Krankenkasse  
Straße  
Ort

**[Versicherungsnummer]   
Widerspruch elektronische Patientenakte**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit nehme ich die Möglichkeit wahr, lt. Digitalgesetz (DigiG), und widerspreche aktiv dem Anlegen einer elektronischen Patientenakte von meiner Person.   
Somit dürfen meine Daten auch nicht wie im Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) vorgesehen, für die Forschung freigegeben und genutzt werden.  
  
Ich bitte um schriftliche Bestätigung meines Anliegens.

Mit freundlichen Grüßen

[Name]