

**Patienteninformation -
elektronische Patientenakte (ePA)**
Nur für gesetzlich versicherte Patienten

Version: 1
Stand: 11.09.2025
Gültig ab: 11.09.2025
Seite 1 von 11

Sehr geehrte Patienten,

Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Nennung aller Geschlechtsformen (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Diese Information betrifft Sie, wenn Sie eine elektronische Patientenakte (ePA) haben.

Mit dem Ziel, das Gesundheitswesen weiter zu digitalisieren und Abläufe zu vereinfachen, steht allen gesetzlich versicherten Patienten eine elektronische Patientenakte (**ePA**) zur Verfügung. Ihre Krankenkasse hat für Sie eine ePA eingerichtet – sofern Sie dem nicht widersprochen haben.

In der ePA werden medizinische Informationen wie Befundberichte, Laborergebnisse und andere Gesundheitsdaten digital erfasst und gespeichert. Dabei behalten Sie jederzeit die Kontrolle: Sie können Ihre ePA einsehen, eigene Dokumente hinzufügen, festlegen, welche Informationen gespeichert werden und wer darauf zugreifen darf. Auch das Löschen von Dokumenten sowie die individuelle Verwaltung von Zugriffsrechten ist möglich.

Die ePA ermöglicht es Arztpraxen, Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, bei Bedarf schnell auf relevante Informationen zuzugreifen. So wird Ihre Behandlung effizienter – und Sie haben Ihre wichtigsten medizinischen Unterlagen jederzeit griffbereit.

1. Automatische Speicherung Ihrer Gesundheitsdaten mit Widerspruchsmöglichkeit

Unsere medizinische Einrichtung (nachfolgend „**wir**“, „**uns**“ oder „**unser**“ genannt) befüllt automatisch Ihre ePA mit Daten aus der aktuellen Behandlung, wenn diese elektronisch vorliegen, von uns selbst erhoben wurden und Sie dem nicht **widersprochen** haben. Dies betrifft:

- Daten zu Laborbefunden,
- Befundberichte aus bildgebender Diagnostik,
- Befundberichte aus invasiven oder chirurgischen sowie aus nicht-invasiven oder konservativen Maßnahmen und
- eArztbriefe,
- Entlassbriefe.

**Patienteninformation -
elektronische Patientenakte (ePA)**
Nur für gesetzlich versicherte Patienten

Version: 1
Stand: 11.09.2025
Gültig ab: 11.09.2025
Seite 2 von 11

Dasselbe gilt, wenn uns Informationen aus vorangegangenen Behandlungen vorliegen und es uns im Hinblick auf Ihre weitere medizinische Versorgung als sinnvoll erscheint, diese ebenfalls in Ihrer ePA zu speichern.

Wenn Sie nicht wünschen, dass diese Informationen in Ihrer ePA gespeichert werden, teilen Sie uns dies bitte mit. Verwenden Sie dafür das Formular „Anlage 1“.

2. Übermittlung und Speicherung weiterer Informationen auf Ihren Wunsch

Sollten Sie wünschen, dass über die unter Punkt 1 genannten Informationen hinaus weitere Daten in Ihrer ePA gespeichert werden, teilen Sie uns dies bitte mit. Sofern wir diese Informationen im Rahmen Ihrer aktuellen Behandlung erheben und sie elektronisch vorliegen, können wir sie – soweit technisch bereits möglich – in Ihre ePA einstellen.

Für die Speicherung dieser freiwilligen Zusatzinformationen benötigen wir Ihre ausdrückliche Einwilligung. Bitte verwenden Sie hierfür das Formular „Anlage 2“.

3. Elektronische Notfalldaten und elektronischer Medikationsplan

Auch **elektronische Notfalldaten** (z.B. Informationen zu Arzneimittelunverträglichkeiten, Allergien und chronischen Erkrankungen, deren Kenntnis bei einer Behandlung im Notfall wichtig sein können) können, sobald dies technisch möglich ist, auf Ihrer ePA gespeichert werden. Sollten wir Informationen Ihrer Notfalldaten im Rahmen Ihrer aktuellen Behandlung ändern, werden wir auch die auf Ihrer ePA gespeicherten Notfalldaten ändern.

Sollte ein **elektronischer Medikationsplan** mit allen Arzneimitteln, die Ihnen seit Einrichtung der ePA auf einem elektronischen Rezept verordnet wurden, auf Ihrer ePA gespeichert sein und ändern wir Informationen Ihres Medikationsplans im Rahmen der aktuellen Behandlung, werden wir auch die geänderten Informationen auf Ihrer ePA speichern. Diese Informationspflicht entfällt, sobald der elektronische Medikationsplan nicht mehr auf der elektronischen Gesundheitsakte (eGK), sondern in der ePA automatisch gespeichert wird und Sie einer Speicherung nicht aktiv gegenüber der Krankenkasse **widersprechen**. Nach dem Widerspruch fließen keine Daten vom eRezept-Server in die ePA. Eine schon vorhandene Medikationsliste wird gelöscht. Wenn Sie **nicht wünschen**, dass Informationen zu Ihrem Medikationsplan in Ihrer ePA gespeichert werden, teilen Sie es Ihrer **Krankenkasse** mit oder nutzen Sie hierfür die App.

4. Widerspruch bei sensiblen Daten

Das Gesetz sieht ausdrücklich vor, dass Sie der Übermittlung und Speicherung bestimmter **sensibler Gesundheitsdaten** in Ihrer ePA widersprechen können – insbesondere dann, wenn deren Bekanntwerden zu Diskriminierung oder Stigmatisierung führen könnte. Dazu zählen insbesondere Daten zu psychischen Erkrankungen, sexuell übertragbaren Infektionen und Schwangerschaftsabbrüchen.

Sollten Sie eine Übertragung dieser Daten in Ihre ePA nicht wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit. Verwenden Sie dafür das Formular „Anlage 3“.

5. Übermittlung von Ergebnissen genetischer Untersuchungen in die ePA

Wenn bei Ihnen eine **genetische Untersuchung** durchgeführt wurde, die unter das Gendiagnostikgesetz (**GenDG**) fällt, dürfen wir die Ergebnisse solcher Untersuchungen und Analysen nur in Ihre ePA einstellen, wenn Sie dem **ausdrücklich schriftlich oder elektronisch zustimmen**.

Wenn wir die Ergebnisse Ihrer genetischen Untersuchung in Ihre ePA einstellen sollen, teilen Sie uns dies bitte mit. Verwenden Sie dafür das Formular „Anlage 4“.

6. Elektronische Abschriften der Behandlungsdokumentation

Sie haben das Recht, eine **elektronische Abschrift Ihrer Behandlungsdokumentation** zu erhalten und in Ihre ePA übertragen zu lassen. Für diese Übertragung ist Ihre **ausdrückliche Einwilligung** erforderlich.

Wenn Sie eine solche Übertragung wünschen, teilen Sie uns das gerne mit. Verwenden Sie dafür das Formular „Anlage 5“.

7. Ihre ePA, Ihre Entscheidung

Sie entscheiden selbst, welche Daten gespeichert werden und wer darauf zugreifen darf. Nutzen Sie dazu gerne die ePA-App. Wenn Sie der generellen Bereitstellung der ePA, dem Zugriff einer Praxis auf Ihre ePA, dem Einstellen von Informationen zu in Anspruch genommenen Leistungen, dem elektronischen Medikationsplan oder der Nutzung Ihrer Daten zu Forschungszwecken widersprechen wollen, wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Krankenkasse.

8. Recht auf Widerspruch, Löschung oder Beschränkung

Sie haben das Recht, einer Speicherung von Informationen in Ihrer ePA zu widersprechen. Außerdem können Sie alle Informationen, die in Ihrer ePA gespeichert sind bzw. die von uns eingetragen wurden, selbst löschen.

Statt einer Löschung können Sie auch die Bearbeitung bzw. Lesbarkeit beschränken. Eine „Beschränkung“ bietet den Vorteil, dass die Informationen in Ihrer ePA gespeichert und von Ihnen genutzt werden, aber nicht von allen bzw. nur von Ihnen gesehen werden können. Sie alleine entscheiden darüber, ob nur Sie alle Informationen sehen oder für wen welche Informationen sichtbar sind. Diese Einstellung können Sie selbst vornehmen.

9. Später sichtbar gemachte Dokumente

Sollten Informationen Ihrer ePA zum Zeitpunkt der Aufnahme bei für uns nicht sichtbar sein, da unser Zugriff beschränkt ist, weisen wir auf Folgendes hin: Sollten für uns zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht sichtbare Informationen zu einem späteren Zeitpunkt für uns sichtbar gemacht werden, erhalten wir darüber keine Benachrichtigung und können diese daher nicht im Behandlungsprozess berücksichtigen.

10. Ihre Krankenkasse informiert Sie

Mehr Informationen zur ePA erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse. Sie stellt Ihnen auch die App für Ihr Smartphone oder Tablet zur Verfügung und erklärt, wie Sie damit umgehen können. Dort erfahren Sie außerdem, wie ein Verwandter oder eine andere Vertrauensperson für Sie die App bedienen kann, wenn Sie selbst damit nicht arbeiten möchten.

**Patienteninformation -
elektronische Patientenakte (ePA)**
Nur für gesetzlich versicherte Patienten

Version: 1
Stand: 11.09.2025
Gültig ab: 11.09.2025
Seite 5 von 11

Anlage 1 - Widerspruch zur automatischen Speicherung von meinen Gesundheitsdaten

Patientendaten (bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Versichertennummer	

Hiermit **widerspreche** ich der **automatischen Übermittlung** und Speicherung meiner Gesundheitsdaten aus meiner aktuellen und/oder früheren Behandlung durch Sie in meiner ePA. Ich wünsche ausdrücklich, dass diese Informationen **nicht** in meiner ePA gespeichert werden. Mit ist bekannt, dass ich den Widerspruch jederzeit widerrufen kann.

Patient

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Bei betreuten Personen

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

Bei Minderjährigen oder nicht einwilligungsfähigen Personen

Unterschrift der Eltern/
der/des Sorgeberechtigten

Ab dem Alter von 15 Jahren können Kinder und Jugendliche selbst entscheiden, ob sie eine ePA nutzen wollen.

**Anlage 2 – Einwilligung zur Speicherung weiterer Gesundheitsdaten in der ePA auf
Wunsch**

Patientendaten (bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Versichertennummer	

Ich wünsche **ausdrücklich**, dass die folgenden Gesundheitsdaten in meine ePA übermittelt und dort gespeichert werden:

- Daten zu Befunden, Diagnosen, durchgeführten und geplanten Therapiemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen, Behandlungsberichten sowie sonstige untersuchungs- und behandlungsrelevante Informationen,
- elmpfpass
- Daten aus der Versorgung mit Hebammenhilfe
- eKinderuntersuchungsheft
- eMutterpass
- eZahnbonusheft
- Daten zur pflegerischen Versorgung
- eAU-Bescheinigungen
- Dokumente im Rahmen eines Disease-Management-Programms (DMP)
- Daten der Heilbehandlung und Rehabilitation
- Dokumente zu Erklärung zur Organ- und Gewebespende

**Patienteninformation -
elektronische Patientenakte (ePA)**
Nur für gesetzlich versicherte Patienten

Version: 1
Stand: 11.09.2025
Gültig ab: 11.09.2025
Seite 7 von 11

sonstige Dokumente/Informationen, die von mir selbst zur Verfügung gestellt werden:

Mir ist bekannt die Einstellung dieser Daten **freiwillig** erfolgt und nur mit meiner ausdrücklichen **Einwilligung** zulässig ist.

Patient

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Bei betreuten Personen

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

Bei Minderjährigen oder nicht einwilligungsfähigen Personen

Unterschrift der Eltern/
der/des Sorgeberechtigten

Ab dem Alter von 15 Jahren können Kinder und Jugendliche selbst entscheiden, ob sie eine ePA nutzen wollen.

**Patienteninformation -
elektronische Patientenakte (ePA)**
Nur für gesetzlich versicherte Patienten

Version: 1
Stand: 11.09.2025
Gültig ab: 11.09.2025
Seite 8 von 11

Anlage 3 - Widerspruch zur Speicherung von sensiblen Daten in der ePA

Patientendaten (bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Versichertennummer	

Das Gesetz gibt Ihnen ausdrücklich das Recht, der Übermittlung und Speicherung bestimmter Gesundheitsdaten zu widersprechen, wenn deren Bekanntwerden zu **Diskriminierung oder Stigmatisierung** führen könnte. Dazu zählen insbesondere Daten zu psychischen Erkrankungen, sexuell übertragbaren Infektionen und Schwangerschaftsabbrüchen. Mein Arzt hat mich auf diese Möglichkeit **hingewiesen**. Ich möchte von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Ich wünsche nicht, dass mein Arzt Daten über meine Behandlung in meine elektronischen ePA einstellt. Mir ist bekannt, dass ich diesen Widerspruch jederzeit widerrufen kann.

Patient

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Bei betreuten Personen

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

Bei Minderjährigen oder nicht einwilligungsfähigen Personen

Unterschrift der Eltern/
der/des Sorgeberechtigten

Ab dem Alter von 15 Jahren können Kinder und Jugendliche selbst entscheiden, ob sie eine ePA nutzen wollen.

**Patienteninformation -
elektronische Patientenakte (ePA)**
Nur für gesetzlich versicherte Patienten

Version: 1
Stand: 11.09.2025
Gültig ab: 11.09.2025
Seite 9 von 11

**Anlage 4 - Einwilligung zur Übermittlung von Ergebnissen genetischer Untersuchungen in
die ePA**

Patientendaten (bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Versichertennummer	
Durchgeführte oder durchzuführende Un- tersuchung(en)/Ana- lyse(n)	

Ich bin damit **einverstanden**, dass Dokumente, die Ergebnisse der oben genannten genetischen Untersuchung(en) beinhalten, durch die genannte Arztpraxis in meine ePA eingestellt werden.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung bis auf Widerruf für alle Dokumente, die die Ergebnisse der genannten genetischen Untersuchung(en) beinhalten, gilt. Darüber hinaus kann ich die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen. Im Falle eines Widerrufs stellt die Arztpraxis künftig keine Dokumente, die Ergebnisse der oben genannten genetischen Untersuchung(en) enthalten, in die ePA ein.

Patient

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Bei betreuten Personen

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

Ab dem Alter von 15 Jahren können Kinder und Jugendliche selbst entscheiden, ob sie eine ePA nutzen wollen.

**Patienteninformation -
elektronische Patientenakte (ePA)**
Nur für gesetzlich versicherte Patienten

Version: 1
Stand: 11.09.2025
Gültig ab: 11.09.2025
Seite 10 von 11

Bei Minderjährigen oder nicht einwilligungsfähigen Personen

Unterschrift der Eltern/
der/des Sorgeberechtigten

Ab dem Alter von 15 Jahren können Kinder und Jugendliche selbst entscheiden, ob sie eine ePA nutzen wollen.

**Patienteninformation -
elektronische Patientenakte (ePA)**
Nur für gesetzlich versicherte Patienten

Version: 1
Stand: 11.09.2025
Gültig ab: 11.09.2025
Seite 11 von 11

Anlage 5 - Einwilligung zur Übertragung der Behandlungsdokumentation in die ePA

Patientendaten (bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Versichertennummer	

Ich wünsche **ausdrücklich** die Übertragung einer **elektronischen Abschrift meiner Behandlungsdokumentation** (Patientenakte nach § 630g Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches -**BGB**) aus der aktuellen Behandlung in meine **elektronische Patientenakte (ePA)**. Mit meiner Zustimmung wird entsprechende Dokumentation in der ePA gespeichert.

Patient

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Bei betreuten Personen

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

Bei Minderjährigen oder nicht einwilligungsfähigen Personen

Unterschrift der Eltern/
der/des Sorgeberechtigten

Ab dem Alter von 15 Jahren können Kinder und Jugendliche selbst entscheiden, ob sie eine ePA nutzen wollen.