



**Einwilligung zur Einrichtung und Nutzung einer elektronischen Patientenakte (ePA) der mhplus Krankenkasse sowie in die Verarbeitung personenbezogener Daten**

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Meldeadresse Straße, Hausnummer Länderkennzeichen, PLZ, Ort	
Versichertennummer	
Telefon (optional)	
E-Mail-Adresse (optional)	

Ja, ich willige darin ein, dass die mhplus Krankenkasse zur initialen Einrichtung und anschließenden Verwaltung meiner elektronischen Patientenakte folgende personenbezogene Daten von mir bzw. von meinem gesetzlichen Vertreter erhoben und verarbeitet werden dürfen. Diese Daten sind nachstehend aufgeführt:

- + Name, Vorname
- + Geburtsdatum des Nutzers
- + Meldeadresse: Länderkennzeichen, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer
- + Zusatz Meldeadresse: Anschrift
- + IdentDateTime: Zeitstempel für die vollzogene Identifizierung des Nutzers
- + Schutzklasse für die Identifikation
- + Identifizierungsverfahren
- + Ende der Registrierung / Ja oder Nein
- + Zeitpunkt Registrierungsbeginn
- + Für mich individuell in die ePA 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 gegenüber der mhplus Krankenkasse jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In diesem Fall wird meine elektronische Patientenakte sofort und vollständig gelöscht.

Weitere Informationen zu Art und Umfang der Datenverarbeitung kann ich der [Datenschutzerklärung](#) entnehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift