

## Einwilligung zur Identifizierung und Authentifizierung im Rahmen der initialen Einrichtung einer elektronischen Patientenakte

Ja, ich willige darin ein, dass die IKK Brandenburg und Berlin zur Identifizierung und Authentifizierung folgende personenbezogene Daten von mir

- Krankenversicherten-Nummer des Versicherten
- Anzahl der aktiven elektronischen Gesundheitskarten (Die Anzahl der aktiven eGK, die dem identifizierten Versicherten im eGK-System zugeordnet sind. Eine Karte gilt dabei im eGK-System als aktiv, wenn sie weder gesperrt oder logisch gelöscht ist. Eine eGK gilt auch dann als gesperrt, wenn der Sperrauftrag des Bestandssystems erfolgreich verarbeitet wurde, ohne dass die eGK über die Telematik-Infrastruktur physikalisch gesperrt wurde. D.h. insbesondere, dass die Zertifikate der eGK gesperrt sind.)
- Beginn Versicherungsverhältnis
- Versicherungsschutz Ende-Ende Versicherungsverhältnis
- Name
- Vorname
- Geburtsdatum
- Titel
- Namenszusatz
- Vorsatzwort
- Geschlecht
- Vip – Kennzeichen
- ICSSN
- ggfs. die Ausweisnummer des Personalausweises, oder des Aufenthalt Titels, oder des Reisepasses
- istNfcEgk (Dieser Wert gibt an, ob die im Aufruf bezeichnete eGK für „Near Field Communication“ (NFC) ausgerüstet ist)
- istPinBriefVersandt (Dieser Wert gibt an, ob zu der im Aufruf bezeichneten eGK vom Kartenpersonalisierer/Lettershop ein PIN-Brief versandt wurde)
- pinBriefVersandDatum (Zeitpunkt, an dem der PIN-Brief-Versand vom Kartenpersonalisierer/Lettershop dem KAMS [Kartenanwendungsmanagementsystem] gemeldet wurde. Das Format entspricht der sog. UNIX-Zeit in Millisekunden (Anzahl der vergangenen Millisekunden seit dem 1.1.1970 um 00:00). Beispiel: Der 18.08.2020 um 12:22:50:500 Uhr entspricht dem Zeitstempel 1597746170500)]

wie folgt verarbeiten darf

- Identifizierung des Nutzers vor Freischaltung für die Nutzung der ePA
- Authentifizierung des Nutzers für die Nutzung der ePA
- Freischaltung des Nutzers für die Nutzung der ePA

Die Verarbeitung meiner o.g. personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zu dem Zweck der Identifizierung und Authentifizierung.

Ich weiß, dass meine Einwilligung freiwillig erfolgt und ich meine Einwilligung jederzeit grundlos widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung kann ich an die IKK Brandenburg und Berlin wie folgt richten: Per Mail an [epa@ikkbb.de](mailto:epa@ikkbb.de).

Weitere Informationen zu Art und Umfang der Datenverarbeitung kann ich in der Datenschutzerklärung <https://www.ikkbb.de/datenschutz> entnehmen.