

**Einwilligungserklärung zur Einrichtung und Nutzung  
der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie in die Verarbeitung  
personenbezogener Daten**

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail-Adresse	
Versichertennummer	

Ja, ich willige darin ein, dass die IKK Brandenburg und Berlin zur initialen Einrichtung und anschließenden Verwaltung meiner elektronischen Patientenakte folgende personenbezogene Daten von mir,

- Geburtsdatum des Nutzers
- Zeitstempel für die vollzogene Identifizierung des Nutzers
- Schutzklasse für die Identifikation
- Identifizierungsverfahren
- Zusatz Meldeadresse: Anschrift
- Meldeadresse: Länderkennzeichen
- Meldeadresse: PLZ
- Meldeadresse: Straße
- Ende der Registration / Ja oder Nein
- Zeitpunkt Registrationsbeginn
- Von mir 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 IKK Brandenburg und Berlin jederzeit schriftlich 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 in der Datenschutzerklärung unter <<https://www.ikkbb.de/datenschutz>> entnehmen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift