vividabkk
Ihre Krankenkasse

Widerspruch – Datengestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken

Bitte vollständig ausfüllen, zutreffendes **ankreuzen** und die **Unterschrift** nicht vergessen

Nachname, Vorname:

Straße, Haus Nr.:

PLZ, Ort:

Versichertennummer:

Geburtsdatum:

Ich widerspreche der Nutzung meiner Daten nach § 25b Abs. 1 SGB V:

- ☐ Komplett
- ☐ Zur Erkennung von seltenen Erkrankungen (§ 25b Abs. 1 Nr. 1 SGB V)
- ☐ Zur Erkennung von Krebserkrankungen (§ 25b Abs. 1 Nr. 2 SGB V)
- ☐ Zur Erkennung von Risiken durch die Arzneimitteltherapie (§ 25b Abs. 1 Nr. 3 SGB V)
- ☐ Zur Erkennung einer noch nicht festgestellten Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (§ 25b Abs. 1 Nr. 4 SGB V)
- ☐ Zur Erkennung ähnlich schwerwiegender Gesundheitsgefährdungen (§ 25b Abs. 1 Nr. 5 SGB V)
- ☐ Zur Erkennung des Vorliegens von Impfindikationen (§ 25b Abs. 1 Nr. 6 SGB V)

Mir ist bekannt, dass ich durch den Widerspruch keine Nachteile habe. Wenn ich keinen Widerspruch einlege, habe ich weder Vor- noch Nachteile.

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Hinweis:

Sie können Ihren Widerspruch per Mail an info@vividabkk.de, per Fax an 07720 9727-100 oder postalisch an vivida bkk, 78044 Villingen-Schwenningen übermitteln.