

Zurück an:

 Debeka Krankenversicherungsverein a. G.
 proGesundheit – KV/PK
 Ferdinand-Sauerbruch-Straße 18
 56058 Koblenz

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Service-Nr.: _____

Erklärung zur Direktabrechnung und Schweigepflichtentbindungserklärung

1. Erklärung zur Direktabrechnung

Hiermit ermächtige ich die Apotheke _____

Adresse _____

Unterschrift Apotheke _____

 zur Direktabrechnung der verordneten Arzneimittel mit dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (im Folgenden: Debeka). Ich bin bei der Debeka versichert mit einem **Versicherungsanteil** in Höhe von

 30 % 50 % 100 % _____ % Sonstiges.

Hinweis zum Versicherungsanteil für Versicherte ohne Beihilfeanspruch:

Sofern Sie nicht beihilfeberechtigt sind und Ihr Versicherungstarif einen Selbstbehalt vorsieht, ist der Versicherungsanteil mit 100% anzugeben.

Ich bin damit einverstanden, dass die Debeka die Rechnungen von der Apotheke in voller Höhe erstattet und **willige ein**, dass die Debeka einen eventuell verbleibenden Selbstbehalt, soweit dieser nicht bereits in vollem Umfang bei anderen Erstattungen abgezogen wurde, mit einer künftigen Erstattung verrechnet.

Die Apotheke nimmt die Abtretung als Erfüllung der ihr gegen mich zustehenden Forderung unter der Bedingung der Genehmigung der Abtretung durch die Debeka an (Annahme an Erfüllung statt, § 364 BGB). Die Apotheke ist – im Falle der Genehmigung der Abtretung durch die Debeka – somit ausdrücklich ermächtigt, die Ansprüche gegen die Debeka durchzusetzen. Im Gegenzug erlischt die originäre Forderung der Apotheke gegen mich.

2. Schweigepflichtentbindung u. Einwilligung in Verwendung personenbezogener Daten

Ich willige ein, dass die Apotheke die zur Direktabrechnung und deren Durchsetzung gegenüber der Debeka benötigten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherungsnummer) erhebt, verarbeitet und nutzt. Meine Einwilligung umfasst ausdrücklich auch die hierzu erforderliche Verwendung von Gesundheitsdaten (Angaben über verordnete Arzneimittel) im Sinne des § 3 Abs. 9 Bundesdatenschutzgesetzes.

Hiermit entbinde ich zum Zweck der Direktabrechnung und deren Durchsetzung die Mitarbeiter der Apotheke von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, der Debeka die zur Leistungsermittlung erforderlichen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Hiermit entbinde ich die Debeka zum Zweck der Prüfung der Angaben zum Versicherungsanteil sowie der ärztlichen Verordnung ggü. den Mitarbeitern der Apotheke von der Schweigepflicht und ermächtige sie, sich bei Bedarf mit der Apotheke zu dem vorgenannten Zweck in Verbindung zu setzen.

Mir ist bekannt, dass ich die erteilten Schweigepflichtentbindungserklärungen sowie die Einwilligung in die Verwendung personenbezogener Daten nicht abgeben muss bzw. jederzeit – auch teilweise – widerrufen kann.

 Ort, Datum

 Unterschrift Versicherungsnehmer/versicherte Person oder gesetzlicher Vertreter