

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Debeka Krankenversicherungsverein a. G.

ZD/P - Schriftwechsel

56058 Koblenz

Direktabrechnungserklärung für Arzneimittel

Erklärung zur Direktabrechnung	Hiermit ermächtige ich die	
	Name der Apotheke	
	Straße, Haus-Nr.	
	Postleitzahl, Ort	
	(im Folgenden: Apotheke) zur Direktabrechnung im Rahmen der mir ärztlich verordneten und von der Apotheke abgegebenen Arzneimittel mit dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (im Folgenden: Debeka). Bei der Debeka bin ich mit einem Versicherungsanteil in Höhe von <input type="checkbox"/> 30 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> ____% versichert. Hinweis zum Versicherungsanteil für Versicherte ohne Beihilfeanspruch: Sofern Sie nicht beihilfeberechtigt sind und Ihr Versicherungstarif ggf. einen Selbstbehalt vorsieht, ist der Versicherungsanteil mit 100 Prozent anzugeben. Ich bin damit einverstanden, dass die Debeka die Rechnungen der Apotheke mit schuldbefreiender Wirkung an die Apotheke in tariflicher Höhe erstattet. Ich 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.	

Einwilligung, Schweigepflichtent- bindungserklärung, und Widerrufsbelehrung	<p>Ich bin damit einverstanden, dass die Apotheke personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten im Sinne des Art. 4 Nr. 15 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Debeka zum Zweck der Direktabrechnung übermittelt und die zur Leistungsermittlung erforderlichen Auskünfte der Debeka erteilen darf. Diesbezüglich entbinde ich die Apotheke bzw. deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht.</p> <p>Ich bin auch damit einverstanden, dass die Debeka im Rahmen der Direktabrechnung personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten im Sinne des Art. 4 Nr. 15 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Apotheke zum Zweck der Rechnungsprüfung übermittelt und die zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte von der Apotheke einholen darf. Diesbezüglich entbinde ich die Debeka und deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligungen und meine Schweigepflichtentbindungserklärungen nicht abgeben muss bzw. jederzeit – auch teilweise – formlos gegenüber dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G., 56058 Koblenz oder der Apotheke, unter oben genannter Adresse, widerrufen kann. Damit verbunden ist gleichzeitig die Beendigung meiner Direktabrechnungserklärung mit der Apotheke.</p> <p>Nähere Informationen zur Datenverarbeitung bei der Debeka können unter www.debeka.de/datenschutz eingesehen werden.</p>
--	---

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in (immer erforderlich)

Datum

Unterschrift versicherte Person bzw. gesetzliche/r Vertreter/in (ggf. erforderlich)