

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zurück an:

Debeka Krankenversicherungsverein a. G.
ZD/P - Schriftwechsel
56058 Koblenz

Erklärung zur Direktabrechnung und Schweigepflichtentbindungserklärung von parenteralen Zubereitungen, supportiven Arzneimitteln und Hilfsmitteln

Erklärung zur Direktabrechnung	Hiermit ermächtige ich die	
	Name der Apotheke	
	Straße, Haus-Nr.	
	Postleitzahl, Ort	
<p>(im Folgenden: Apotheke)</p> <p>zur Direktabrechnung im Rahmen der mir ärztlich verordneten und von der Apotheke abgegebenen Arzneimittel mit dem Debeka Krankenversicherungsverein a. G. (im Folgenden: Debeka).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die Debeka die Rechnungen der Apotheke in Bezug auf die von der Apotheke gelieferten parenteralen Zubereitungen, unterstützenden Arzneimittel (Supportiva) und verordneten Hilfsmittel 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.</p> <p>Zudem trete ich die mir gegen die Debeka derzeit und künftig zustehenden Erstattungsansprüche, in Bezug auf die von der Apotheke gelieferten parenteralen Zubereitungen, unterstützenden Arzneimittel (Supportiva) und verordneten Hilfsmittel an die Apotheke ab. 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.</p>		

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>
--	---

X
Datum

X
Unterschrift Apotheke (immer erforderlich)

X
Datum

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

X
Datum

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