

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart
Faxnr.: 0711 9937-1201

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Erklärung über die Direktabrechnung von hochpreisigen Arzneimitteln

Erklärung zur Direktabrechnung für folgende versicherte Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Hiermit beantrage ich, dass die Erstattungen einschließlich etwaiger Beihilfeleistungen für die in der unten genannten Apotheke bezogenen Arzneimittel ab dem _____ unmittelbar zwischen der unten genannten Apotheke und der PBeaKK – nach einer Bestätigung der PBeaKK – abgerechnet und ausgezahlt werden (Direktabrechnungsverfahren). Bei diesem Direktabrechnungsverfahren:

- bevollmächtige ich die apothekenleitende Person sowie von dieser beschäftigten Personen der unten genannten Apotheke, die zur Beantragung der oben genannten Leistungen notwendigen Verfahrenshandlungen in meinem Namen mit unmittelbarer Wirkung für und gegen mich vorzunehmen. Dies umfasst insbesondere die Stellung von Leistungs- und Beihilfeanträgen, die Abgabe von Erklärungen gegenüber der PBeaKK, die Entgegennahme von Erklärungen der PBeaKK sowie die Übersendung der erstellten und quitierten Verordnungsblätter (Rezepte) an die PBeaKK,
- beantrage ich, dass diese Erstattungen und ggf. anfallende Eigenbehalte (Zuzahlungen) unmittelbar an die unten genannte Apotheke gezahlt werden.

Mir ist bekannt, dass die PBeaKK mit diesem Antrag im Rahmen des Direktabrechnungsverfahrens auch ggf. anfallende Eigenbehalte (Zuzahlungen) je Arzneimittel, die bis zur Erreichung der Belastungsgrenze innerhalb eines Kalenderjahrs von mir zu zahlen sind, an die unten genannte Apotheke zahlt. Ich bin einverstanden, dass die PBeaKK die an die unten genannte Apotheke gezahlten Eigenbehalte (Zuzahlungen) mit separatem Bescheid von mir zurückfordert.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme am Direktabrechnungsverfahren freiwillig ist. Ich kann die Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der unten genannten Apotheke im Einzelfall oder generell widerrufen. Im Falle meines Widerrufs werden jedoch bereits vor dem Widerruf bezogene Arzneimittel noch direkt mit der Apotheke abgerechnet.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds der PBeaKK bzw. der vertretungsbe-
rechtigten Person

Ort, Datum

Unterschrift der mitversicherten Person, falls diese selbst beihilfe-
berechtigt ist bzw. der vertretungsberechtigten Person

Schweigepflichtentbindung für die oben genannte versicherte Person

Hiermit entbinde ich zum Zwecke der Direktabrechnung und deren Durchführung die Beschäftigten der unten genannten Apotheke von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, der Postbeamtenkrankenkasse die quittierten Verordnungsblätter (Rezepte) mit Art und Menge der in der Apotheke abgegebenen Arzneimittel und Zubereitungen zu übersenden. Die Beschäftigten der unten genannten Apotheke sind berechtigt, gegenüber den Beschäftigten der Postbeamtenkrankenkasse ergänzende mündliche oder schriftliche Auskünfte zu den übermittelten Verordnungsblättern zu erteilen.

Diese Schweigepflichtentbindung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds der PBeaKK bzw. der vertretungsbe-
rechtigten Person

Ort, Datum

Unterschrift der mitversicherten Person, falls diese nicht Mitglied
ist bzw. der vertretungsberechtigten Person

Einwilligung über die Verwendung personenbezogener Daten für die oben genannte versicherte Person

Ich willige ein, dass die unten genannte Apotheke die zur Direktabrechnung und deren Durchführung gegenüber der Postbeamtenkrankenkasse benötigten **personenbezogenen Daten**, wie z.B. Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, verarbeitet. Weiterhin **willige ich** auch ein, dass die o.g. Apotheke bei der Direktabrechnung auch **Gesundheitsdaten**, wie die Art und Menge der mir verordneten Arzneimittel und Zubereitungen, an die Postbeamtenkrankenkasse übermittelt. Die Gesundheitsdaten gehören gemäß Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung zu einer besonderen Kategorie von personenbezogenen Daten, welche als besonders schützenswert angesehen werden.

Schließlich **willige ich** ein, dass die PBeaKK im Rahmen der Direktabrechnung personenbezogene Daten und – sofern eine Beihilfeberechtigung besteht – Personalaktendaten, wie der Umfang des Versicherungsschutzes und ggf. der Umfang eines Beihilfeanspruchs an die Apotheke übermittelt.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und ich die Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds der PBeaKK bzw. der vertretungsbe-
rechtigten Person

Ort, Datum

Unterschrift der mitversicherten Person, falls diese nicht Mitglied
ist bzw. der vertretungsberechtigten Person

Angaben der Apotheke

Name der Apotheke

Apothekenleitende Person

Straße, Hausnr. der Apotheke

PLZ, Ort der Apotheke

Ort, Datum

Unterschrift der apothekenleitenden Person oder der von dieser
bevollmächtigten Person