Deutsche Krankenversicherung

# Einverständniserklärung

Name, Vorname | Geburtsdatum | Versicherungsnummer

Adresse (Straße und Hausnummer, PLZ und Wohnort)

Ich bin damit einverstanden, dass der

**Pflegedienst:**

**Straße/Hausnummer:**

**PLZ/Ort:**

die Kosten der außerklinischen Intensivpflege oder medizinischen Behandlungspflege – bis auf Widerruf – direkt mit der

**DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln**

abrechnet. Die DKV darf die tariflichen Leistungen direkt an den Pflegedienst überweisen.

Sollte eine 100 %ige Erstattung nicht möglich sein, setze ich mich wegen der Restzahlung mit dem Pflegedienst in Verbindung.

## Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich willige ein, dass der Pflegedienst und die DKV meine personenbezogenen Daten austauschen, soweit dies für die direkte Abrechnung erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt auch für meine Gesundheitsdaten.

Insoweit entbinde ich sowohl den Pflegedienst und dessen Mitarbeiter als auch die, für die DKV tätigen Personen, von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass die Entscheidung, diese Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben, freiwillig ist. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann. Sofern ich die Erklärung nicht abgeben möchte oder diese widerrufe, ist eine direkte Abrechnung zwischen Pflegedienst und DKV nicht (mehr) möglich.

Ort, Datum | Unterschrift

© DKV Deutsche Krankenversicherung AG
50594 Köln | KLSF4 K | 9.2024