

Debeka  
Leistungszentrum Koblenz  
56078 Koblenz

**Leistungsauftrag digital**  
Reichen Sie Ihre Belege gerne auch online ein:  
[www.debeka.de/leistungsauftrag-bkv](http://www.debeka.de/leistungsauftrag-bkv)



**Wichtige Hinweise zum Leistungsauftrag**

**Ausfüllen des Formulars**

Ihr Leistungsauftrag wird maschinell gelesen. Füllen Sie ihn daher bitte deutlich lesbar mit Kugelschreiber und in Druckbuchstaben aus. Tragen Sie bitte die einzelnen Rechnungsbeträge und die Summe/n in die Tabelle ein. Vielen Dank.

**Name / Anschrift / Bankverbindung**

Informieren Sie uns bitte über Änderungen.

**Arztrechnungen**

Rechnungen müssen die Diagnose, den Namen der behandelten Person, den Behandlungszeitraum und eine Aufstellung der ärztlichen Leistungen enthalten. Bei Rechnungen in ausländischer Währung geben Sie bitte den Umrechnungskurs an und fügen Sie eine Übersetzung bei. Sofern andere Kostenträger (z. B. eine gesetzliche Krankenkasse) auch Leistungen übernehmen, lassen Sie bitte diese Vorleistung auf der Rechnung vermerken.

**Rezepte**

Achten Sie bitte darauf, dass auf Rezepten immer der Entnahmestempel der Apotheke angebracht ist. Wenn möglich, fügen Sie bitte die dazugehörige Arztrechnung bei.

**Heil- und Hilfsmittel**

Reichen Sie Belege über Heil- und Hilfsmittel bitte nur zusammen mit der ärztlichen Verordnung ein.

**Unfall**

Sofern es sich um einen Dienst-, Arbeits-, Uni-, Schul- oder Kindergartenunfall bzw. einen Unfall als ehrenamtlich Tätige/r oder als nicht erwerbsmäßig tätige häusliche Pflegeperson handelte, bestehen ggf. Ansprüche gegen Ihren Dienstherrn, die Berufsgenossenschaft oder die gesetzliche Unfallversicherung.

Bitte lassen Sie daher zunächst die Vorleistung des entsprechenden Kostenträgers auf der Rechnung vermerken.

**Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten**

Damit wir Ihre Gesundheitsdaten erheben und verarbeiten dürfen, ist eine Einwilligung erforderlich. Daher enthält der Leistungsauftrag eine entsprechende Einwilligungserklärung, die Sie unterschreiben müssen. Fehlt Ihre Unterschrift, können wir den Leistungsauftrag nicht bearbeiten. **Haben Sie bereits bei einem früheren Leistungsauftrag Ihre Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten erteilt, müssen Sie die Einwilligungserklärung nicht erneut unterschreiben.**



**Wichtig**

Bitte vergessen Sie nicht, umseitig Ihre Bankverbindung einzutragen und die Einwilligung in die Datenverarbeitung zu erteilen. Ohne diese Angaben können wir Ihren Auftrag nicht bearbeiten.

**Sicherheit und Vorsorge für Sie und Ihre Familie!**

Ich möchte nähere Informationen über:

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenversicherung            | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung       | <input type="checkbox"/> Hausrat- und Glasversicherung | <input type="checkbox"/> Bausparen       |
| <input type="checkbox"/> Private Pflegeversicherung     | <input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung  | <input type="checkbox"/> Wohngebäudeversicherung       | <input type="checkbox"/> Baufinanzierung |
| <input type="checkbox"/> Lebens- und Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Rechtsschutzversicherung | <input type="checkbox"/> Kfz-Versicherung              | <input type="checkbox"/> Geldanlage      |



**Leistungsauftrag** für die betriebliche Krankenversicherung an den Debeka Krankenversicherungsverein a. G.  
Bitte mit Kugelschreiber und in Druckbuchstaben ausfüllen.

Bitte senden Sie mir eine Leistungsmitteilung

Ich benötige neue Auftragsformulare

Bitte stets angeben!

Service-Nr.	Namens-/Anschriftenänderung		Hier bitte nichts eintragen
Name:		Telefon privat	Datum
Straße:		Telefon dienstlich	Pers.-Nr.
PLZ/Ort:			Ablage-Nr.
<b>BIC</b>		<b>IBAN</b>	
Kontoinhaber		Datum, Unterschrift <input checked="" type="checkbox"/>	

**Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen und tragen Sie in die Tabelle die einzelnen Rechnungsbeträge sowie die Summe(n) ein.**

- **Handelt es sich um einen Unfall?**  nein  ja

Bitte fügen Sie bei Verletzungen jeder Art eine Unfallschilderung bei und geben Sie den etwaigen Unfallverursacher an. Sofern Erkrankungen auf Verschleiß zurückzuführen sind, teilen Sie uns dies bitte auf dem entsprechenden Beleg mit.

Wenn für die verletzte Person bei der Debeka Allgemeinen Versicherung AG eine Unfallversicherung besteht, bedenken Sie

bitte Folgendes: Die Unfallversicherung erhält durch Ihren Leistungsauftrag **keine** Kenntnis von Ihrer Unfallmeldung. Möchten Sie den Unfall auch bei der Unfallversicherung melden und Ansprüche geltend machen? Dann wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder an unseren 24-Stunden-Schadensservice (08 00) 8 88 00 82 22.

- **Bei stationärer Krankenhausbehandlung:** Wurden Wahlleistungen in Anspruch genommen?  
 nein  ja (Bitte fügen Sie die Wahlleistungsvereinbarung bei.)

- **Wichtig! Bei Auslandsbehandlung:** Besteht hierfür bei einem anderen Unternehmen Versicherungsschutz?  nein  
 ja Unternehmen \_\_\_\_\_  
versicherte Person \_\_\_\_\_  
Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

Kostenart	Betrag/Euro	ct
<b>Arznei-/Verbandmittel</b>		
<b>Ambulante Behandlung</b>		
<b>Zahnbehandlung</b>		
<b>Krankenhaus</b>		
<b>Sonstiges</b>		
<b>Summe Euro-Beträge</b>		

**Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten zum Zweck der Leistungsbearbeitung im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung**

Wir weisen darauf hin, dass wir keine Gesundheitsdaten ohne Ihr Einverständnis erheben oder weitergeben. Sofern es im Rahmen Ihres Versicherungsvertrags erforderlich sein sollte, Gesundheitsdaten bei Dritten zu erheben oder diese an Dritte weiterzugeben, holen wir von Ihnen eine individuelle Schweigepflichtentbindungserklärung ein.

- Ich willige ein, dass der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. die von mir in diesem Leistungsauftrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung meiner Leistungsaufträge erforderlich ist.
- Ich, die/der Sorgeberechtigte der behandelten Person, willige ein, dass der Debeka Krankenversicherungsverein a. G. die in dem Leistungsauftrag und die künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Bearbeitung der Leistungsaufträge der behandelten Person erforderlich ist.

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des/der Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

**Bitte heften oder klammern Sie die Rechnungsbelege nicht und kleben Sie diese auch nicht auf, da wir die Belege einzeln scannen.**