

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum
Versicherten-Nr.

Ärztliche Verordnung

-Entlassungsrelevante Hilfsmittel-

Verordnung bitte vorab verschlüsselt an **info@ewimed.com**
und Original-Verordnung **per Post** an ewimed senden.



Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Wir bitten Sie schnellstmöglich um eine Kostenübernahme für das nachfolgend vorgesehene Hilfsmittel.

Entlassungsdatum (voraussichtlich): _____

ewimed austria GmbH | Tullnerbachstraße 92a | A - 3011 Neu-Purkersdorf | ☎ +43 2231 2250-0 | Fax: +43 2231 22500-13

1 Diagnose, medizinische Informationen & Drainage-Empfehlung (nachstationär):

Hauptdiagnose & med. Begründung: _____ _____ _____ _____ _____	Bisher erfolgte Punktion/en: keine Punktion	Katheter-Lage: Pleura	Aszites
	Datum _____ Menge _____ ml	Intervall-empfehlung: 30 Tage tägliche Drainagetherapie zur Verdoppelung der Pleurodeserate	Symptomatisch
	_____ ml	Drainage-Menge: _____ ml / 24 h max. eine Drainage / Tag	alle _____ Tage
	_____ ml	Infektionen: nein ja, welche: _____	
	Pleurodeseversuch erfolgt: nicht erfolgt, weil: _____ ja, aber erfolglos	Pneumothorax/ Luftfistel: _____	
maligner Erguss nicht-maligner Erguss			

2 Verordnung, Drainagevarianten (Entsprechenden Artikel durch ☒ kennzeichnen):

drainova® Reservoir Ableitung durch Soft-Vakuum	<2000 ml	1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 2010	Artikelaufkleber implantierter Katheter
PleurX™ Drainage-Set Ableitung durch Vakuum	<500 ml	1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 50-7500B	
PleurX™ Drainage-Set Ableitung durch Vakuum	<1000 ml	1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 50-7510	
ewimed Drainage-Set Ableitung durch Schwerkraft	<2000 ml	1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 50-7505	

3 Zuständige Ärzte:

a) Verordnender Arzt: (Implantierende Klinik): _____ Telefon: _____ Datum der Verordnung & Unterschrift des Arztes: _____ Datum _____ Unterschrift des Arztes _____	Klinikstempel
--	----------------------

4 Versorgungsbeteiligte (ambulant):

a) Angehöriger Name: _____ Telefon: _____
b) Pflegedienst Name: _____ Telefon: _____

5 Verlegung in andere (stationäre) Einrichtung:

Pflegeheim / Hospiz / Klinik / Reha / andere stationäre Einrichtung Name: _____ Telefon: _____ Anschrift: _____

6 Informationen zur Datenverarbeitung:

Im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung werden personenbezogene Daten des Patienten durch die ewimed verarbeitet. Die Daten werden ausschließlich zum Zweck der Organisation, Durchführung und Abrechnung der Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus verarbeitet. Sofern erforderlich, erfolgt eine Übermittlung an die beteiligten Stellen (z. B. Krankenversicherung, behandelnde Klinik oder beauftragte Abrechnungsdienstleister), soweit dies zur Erfüllung der genannten Zwecke notwendig ist. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Artikel 6 Abs. 1 lit. b DS-GVO (Vertragserfüllung). Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu den Betroffenenrechten sind unter <https://ewimed.at/datenschutzzerklaerung/> abrufbar.

7 Schweigepflichtentbindung (Patient):

Ich entbinde den behandelnden Arzt der Klinik von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 121 StGB bzgl. der in diesem Dokument geforderten Informationen.

Datum: _____ Unterschrift Patient: