

| |
|--|
| 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 | Intervall-empfehlung: 30 Tage tägliche Drainagetherapie zur Verdopplung der Pleurodeserate | Symptomatisch alle _____ Tage |
| | | Drainage-Menge: _____ ml / 24 h max. eine Drainage / Tag | |
| | Pleurodeseversuch erfolgt: nicht erfolgt, weil: ja, aber erfolglos | Infektionen: nein ja, welche: | |
| maligner Erguss | nicht-maligner Erguss | Pneumothorax/ Luftfistel: | |

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/datenschutzerklärung/> 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: