

Krankenkasse bzw. Kostenträger <u>Musterkrankenkasse</u>
Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum <u>Mustermann, Max</u> <u>Musterstraße 23</u> <u>12345 Musterstadt</u> <u>01.01.1900</u> <u>max@mustermail.com</u>
Versicherten-Nr. <u>0123 010100</u>

## Ärztliche Verordnung

-Entlassungsrelevante Hilfsmittel-

Muster

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): 24.01.2025

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: <u>z.B. N. Bronchii Stadium</u> <u>IV, therapierefraktärer Pleura-</u> <u>erguss bei Mamma-CA;</u> <u>gefesselte Lunge, palliative</u> <u>Maßnahme</u>	Bisher erfolgte Punktion/en: <input type="checkbox"/> keine Punktion Datum Menge <u>03.01.2025</u> <u>z.B. 1500</u> ml <u>10.01.2025</u> <u>1300</u> ml <u>17.01.2025</u> <u>1500</u> ml Pleurodeseversuch erfolgt: <input type="checkbox"/> nicht erfolgt, weil: <input type="checkbox"/> ja, aber erfolglos	Katheter-Lage: <input checked="" type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Aszites Intervall- <input checked="" type="checkbox"/> 30 Tage tägliche <input type="checkbox"/> Symptomatisch empfehlung: Drainagetherapie zur Verdoppelung der Pleurodeserate <input type="checkbox"/> alle _____ Tage Drainage-Menge: <u>400</u> ml / 24 h max. eine Drainage / Tag Infektionen: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, welche: <u>MRSA</u> Pneumothorax/ Luftfistel: <u>z. B. Pneumothorax</u>
<input checked="" type="checkbox"/> maligner Erguss <input type="checkbox"/> nicht-maligner Erguss		

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

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

## 3 Zuständige Ärzte:

a) Verordnender Arzt: (Implantierende Klinik): <u>Dr. Arzt / Musterklinik</u> Telefon: <u>0123/456 123</u> Datum der Verordnung & Unterschrift des Arztes: <u>20.01.24</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Dr. Arzt</u> Datum Unterschrift des Arztes	 <b>Klinikstempel</b>
---	---

## 4 Versorgungsbeteiligte (ambulant):

a) Angehöriger Name: <u>Vera Mustermann (Gattin)</u> Telefon: <u>0123 / 1987654</u>
b) Pflegedienst Name: <u>Pflegedienst PD</u> Telefon: <u>0123 / 998776</u>

## 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: 20.01.2025 Unterschrift Patient: ☒ Mustermann