Formular leeren

Formular drucken

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.

ewimed austria GmbH | Tullnerbachstraße 92a | A – 3011 Neu-Purkersdorf | **+43 2231 22500** | Fax: +43 2231 22500-13

Zur Vorlage bei der Krankenkasse
Wir bitten Sie schnellstmögich um eine Kostenübernahme für das nachfolgend vorgesehene Hilfsmittel.

Entlassungsdatum (voraussichtlich): _____

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

Hauptdiagnose & med. Begründung:

☐ maligne ☐ nicht-maligne

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Bisher erfolgte Punktion/en:
☐ keine Punktion

Datum	Menge
_____	_____ ml
_____	_____ ml
_____	_____ ml

Pleurodeseversuch erfolgt:
☐ nicht erfolgt, weil: _____
☐ ja, aber erfolglos

Katheter-Lage: ☐ Pleura ☐ Aszites

Intervall-empfehlung: ☐ tägliche Drainage zur Steigerung der Pleurodeserate ☐ tägliche Drainage zur Reduktion von Leckagen bis zum Abschluss der Wundheilung ☐ alle _____ Tage

Drainage-Menge: _____ ml / 24 h
eine Drainage / Tag / Katheter

Infektionen: ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Pneumothorax/ Luftfistel: _____

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

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

Wichtig!

Artikelaufkleber oder
REF-Nummer implantierter Katheter

3 Zuständige Ärzte:

a) Verordnender Arzt:
(Implantierende Klinik): _____

Telefon: _____

Datum der Verordnung & Unterschrift des Arztes: ✖ _____
Datum Unterschrift des Arztes

Wichtig!

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

7 Schweigepflichtentbindung (Patient):

Datum: _____ Unterschrift Patient: ✖ _____