

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 schnellstmöglich um eine Kostenübernahme für das nachfolgend vorgesehene Hilfsmittel.

Entlassungsdatum (voraussichtlich): 24.01.2026

Krankenkasse bzw. Kostenträger Musterkrankenkasse
Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum Mustermann, Erika Musterstraße 23 12345 Musterstadt 01.01.1960
Versicherten-Nr. 0123 010160

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

Hauptdiagnose & med. Begründung: ☒ maligne ☐ nicht-maligne Z.B. N. Bronchii Stadium IV, bei Mamma-CA	Bisher erfolgte Punktion/en: ☐ keine Punktion Datum Menge 03.01.2026 Z.B. 1300 ml 10.01.2026 1500 ml Pleurodeseveruch 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: 400 ml / 24 h eine Drainage / Tag / Katheter Infektionen: ☐ nein ☒ ja, welche: Z.B. MRSA Pneumothorax/ Luftfistel: Z.B. Pneumothorax
--	--	---

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!

Aufkleber
KatheterArtikelaufkleber oder
REF-Nummer implantierter Katheter

3 Zuständige Ärzte:

a) Verordnender Arzt: (Implantierende Klinik):	Dr. Arzt / Musterklinik
Telefon:	0123/456 123
Datum der Verordnung & Unterschrift des Arztes:	20.01.24 X Dr. Arzt
Datum	Unterschrift des Arztes

Wichtig!

Stempel
Musterklinik

Klinikstempel

4 Versorgungsbeteiligte (ambulant):

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

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/datenschutzerklärung/> abrufbar. Ich binde den behandelnden Arzt der Klinik von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 121 StGB bzgl. der in diesem Dokument geforderten Informationen.

7 Schweigepflichtentbindung (Patient):

Datum:	20.01.2026	Unterschrift Patient:	X Mustermann
--------	------------	-----------------------	--------------