

# Muster Verordnung

|                                                                            |  |                                                  |  |                     |                     |  |                                                                                                                               |               |                                                            |                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|---------------------|---------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--|
|                                                                            |  | OGK                                              |  |                     | Andere Kostenträger |  | 1                                                                                                                             | 5             | 7                                                          | 9                                       |  |
|                                                                            |  | <b>Kostenträger eintragen</b>                    |  |                     |                     |  | Erwerbstätig<br>Arbeitslos<br>Selbstvers.                                                                                     | Pensionist/in | Kriegshinter-<br>bliebene/r                                |                                         |  |
|                                                                            |  | Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!     |  |                     |                     |  | Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!                                                                                           |               |                                                            |                                         |  |
| <b>Verordnung</b> für Heilbehelfe und Hilfsmittel                          |  |                                                  |  |                     |                     |  | Vorbezug:                                                                                                                     |               |                                                            |                                         |  |
| Familienname                                                               |  | Vorname                                          |  | Versicherungsnummer |                     |  | Rezeptgebührenbefreiung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                             |               |                                                            |                                         |  |
| Patient/in                                                                 |  |                                                  |  | Tag Monat Jahr      |                     |  | Chefärztliche Entscheidung<br><input type="checkbox"/> Bewilligt <input type="checkbox"/> Abgelehnt                           |               |                                                            | Der Empfang des Behelfes wird bestätigt |  |
| <b>Angaben zum Versicherten</b>                                            |  |                                                  |  |                     |                     |  |                                                                                                                               |               |                                                            |                                         |  |
| Anschrift                                                                  |  |                                                  |  |                     |                     |  |                                                                                                                               |               |                                                            |                                         |  |
| Versicherte/r<br>(Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist) |  |                                                  |  |                     |                     |  | Datum/Unterschrift des /der Empfängers/in                                                                                     |               |                                                            |                                         |  |
| Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)                                |  |                                                  |  |                     |                     |  | Die Kasse übernimmt _____ % der tarifmäßigen<br>Kosten des verordneten Heilbehelfes oder Hilfsmittels,<br>höchstens EUR _____ |               |                                                            |                                         |  |
| Diagnose                                                                   |  | <b>genau Diagnose: z. B. Pleuraerguss</b>        |  |                     |                     |  |                                                                                                                               |               |                                                            |                                         |  |
| Verordnung                                                                 |  | <b>Verordnetes Drainage-Set*</b>                 |  |                     |                     |  |                                                                                                                               |               |                                                            |                                         |  |
|                                                                            |  |                                                  |  |                     |                     |  |                                                                                                                               |               |                                                            |                                         |  |
|                                                                            |  |                                                  |  |                     |                     |  |                                                                                                                               |               |                                                            |                                         |  |
| <b>Datum</b>                                                               |  | <b>Stempel &amp; Unterschrift<br/>des Arztes</b> |  |                     |                     |  |                                                                                                                               |               |                                                            |                                         |  |
| Datum der Verordnung                                                       |  | Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes   |  |                     |                     |  |                                                                                                                               |               |                                                            |                                         |  |
|                                                                            |  | Datum                                            |  |                     |                     |  | Stempel der Vertragspartnerin/des Vertragspartners                                                                            |               | Datum/Unterschrift der Rückstellerin /<br>des Rückstellers |                                         |  |
|                                                                            |  | <b>Bitte Rückseite beachten!</b>                 |  |                     |                     |  |                                                                                                                               |               |                                                            |                                         |  |

## \*folgende Reservoirs können verordnet werden:



### Ableitung durch Schwerkraft

ewimed Drainage-Set  
ewimed Drainage-Set

Art. Nr. 50-7505  
Art. Nr. 50-7505S

2000 ml, 1 VE à 10 Stück  
2000 ml, 1 VE à 10 Stück



### Ableitung durch Soft-Vakuum

drainova® Reservoir, Drainage-Set  
drainova® Reservoir, Drainage-Set

Art. Nr. 2010  
Art. Nr. 2010S

2000 ml, 1 VE à 10 Stück  
2000 ml, 1 VE à 10 Stück



### Ableitung durch Vakuum

PleurX™ Drainage-Set  
drainova® Vacuum Drainage-Set S  
PleurX™ Drainage-Set

Art. Nr. 50-7510  
Art. Nr. 50-7510S  
Art. Nr. 50-7500B

1000 ml, 1 VE à 10 Stück  
1000 ml, 1 VE à 10 Stück  
500 ml, 1 VE à 10 Stück

## BITTE BEACHTEN!

- 1 | Verordnung bitte vorab per verschlüsselter E-Mail an **info@ewimed.com** senden.
- 2 | Anschließend die Originalverordnung auf dem **Postweg** an folgende Adresse senden:  
**ewimed austria GmbH, Tullnerbachstraße 92a, 3011 Neu-Purkersdorf**