

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse
Versicherten-Nr.
Datum

Ärztliche Verordnung

-Entlassungsrelevante Hilfsmittel-

**Ausgefüllte Verordnung & Arztbrief bitte per Fax an:
+43 2231 22500-13**

Original-Verordnung an ewimed senden

Der nebenstehende Patient befindet sich derzeit in unserer stationären Behandlung. In Vorbereitung auf die bevorstehende Entlassung, sowie zur Sicherung des Behandlungserfolges benötigt der Patient folgende Hilfsmittel. Wir bitten Sie schnellstmöglich um eine Kostenübernahme für das nachfolgend vorgesehene Hilfsmittel.

zur Vorlage bei der Krankenkasse

Datum der Entlassung (vorauss.): _____

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

Diagnose & med. Begründung: _____ _____ _____	Katheter-Lage:	Pleura	Aszites
	Intervallempfehlung:	30 Tage tägliche Drainagetherapie zur Verdoppelung der Pleurodeserate	Symptomatisch _____ alle _____ Tage
	Drainage-Menge:	_____ ml / 24 h	
	Infektionen:	nein ja, welche: _____	
	Pneumothorax/Luftfistel:	nein ja	

2 Verordnung, Drainagevarianten (Entsprechenden Artikel durch kennzeichnen):

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

Artikelaufkleber implantierter Katheter

3 Zuständige Ärzte:

a) Verordnender Arzt: (Implantierende Klinik): _____ Telefon: _____ Datum der Verordnung & Unterschrift des Arztes: _____ Datum <input checked="" type="checkbox"/> Unterschrift des Arztes	Klinikstempel
b) Hausarzt/ weiterbehandelnder Arzt: _____ (Name, Anschrift, Telefon)	

4 Versorgungsbeteiligte (ambulant):

a) Angehöriger Name: _____ Telefon: _____
b) Pflegedienst Name: _____ Telefon: _____

5 Verlegung in andere (stationäre) Einrichtung:

a) Pflegeheim / Hospiz Name: _____ Telefon: _____ Anschrift: _____
b) Klinik / Reha / andere stationäre Einrichtung (hier nur als Information, keine Verordnung! Wird mit stationärem Krankenpflegesatz abgedeckt!) Name: _____ Telefon: _____ Anschrift: _____

6 Bezug, Beratung & Betreuung durch:

ewimed austria GmbH | Tullnerbachstraße 92a | A - 3011 Neu-Purkersdorf |
Tel.: +43 2231 2250-0 | Fax: +43 2231 22500-13

7 Datenschutzrechtliche Einwilligung (Patient):

Im Zusammenhang mit der Versorgung erhebt, verarbeitet und nutzt ewimed personenbezogene Daten und übermittelt diese ggf. an seinen Abrechnungsdienstleister opta data Abrechnungs GmbH sowie an die Krankenversicherung, soweit die Daten zur Abrechnung oder Bewilligung der Versorgung benötigt werden. Die Informationen zur Löschung dieser Daten sind unter <https://www.ewimed.com/austria-datenschutzerklaerung> abrufbar.

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

Datum: _____ Unterschrift Patient: