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	☐ 1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 2010
PleurX™ Drainage-Set Ableitung durch **Vakuum**	<500 ml	☐ 1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 50-7500B
PleurX™ Drainage-Set Ableitung durch **Vakuum**	<1000 ml	☐ 1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 50-7510
ewimed Drainage-Set Ableitung durch **Schwerkraft**	<2000 ml	☐ 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 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: ✖ _____

EA_F0001DE_R005_2019-04