

Krankenkasse bzw. Kostenträger <u>Musterkrankenkasse</u>
Vor- und Zuname, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse <u>Mustermann, Max 01.01.1900</u> <u>Musterstraße 23 max@mustermail.com</u> <u>12345 Musterstadt</u>
Versicherten-Nr. <u>0123 010100</u>
Datum <u>20.01.2024</u>

Ärztliche Verordnung

-Entlassungsrelevante Hilfsmittel-

Muster

Ausgefüllte Verordnung & Arztbrief bitte per Fax oder E-Mail an: !

+43 2231 22500-13 oder info@ewimed.com

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.): 24.01.2024

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

Diagnose & med. Begründung: <u>z. B. N. Bronchii Stadium</u> <u>IV, therapierefraktärer Pleuraerguss bei Mamma-CA;</u> <u>Punktionsintervall 5 Tage,</u> <u>gefesselte Lunge, palliative</u> <u>Maßnahme</u>	Bisher erfolgte Punktion/en: Datum Menge <u>03.01.2024</u> <u>z. B. 1500</u> ml <u>10.01.2024</u> <u>1300</u> ml <u>17.01.2024</u> <u>1500</u> ml	Katheter-Lage: <input checked="" type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Aszites Intervall-empfehlung: <input type="checkbox"/> 30 Tage tägliche Drainagetherapie zur Verdoppelung der Pleurodeserate <input type="checkbox"/> Symptomatisch <input checked="" type="checkbox"/> alle <u>2</u> Tage
	Pleurodeseversuch erfolgt: <input type="checkbox"/> nicht erfolgt, weil: <input type="checkbox"/> ja, aber erfolglos	Drainage-Menge: <u>400</u> ml / 24 h Infektionen: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, welche: <u>MRSA</u> Pneumothorax/ Luftfistel: <u>z. B. Pneumothorax</u>

2 Verordnung, Drainagevarianten (Entsprechenden Artikel durch kennzeichnen):

drainova® Reservoir Ableitung durch Soft-Vakuum	<2000 ml	<input checked="" type="checkbox"/> 1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 2010 <i>vakuum bzw. soft-vakuum:</i>	Artikelaufkleber implantierter Katheter
PleurX™ Drainage-Set Ableitung durch Vakuum	<500 ml	<input type="checkbox"/> 1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 50-7500B <i>Empfohlen bei Pleuraerguss,</i>	
PleurX™ Drainage-Set Ableitung durch Vakuum	<1000 ml	<input type="checkbox"/> 1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 50-7510 <i>soft-vakuum bzw. schwerkraft: Empfohlen bei Aszites</i>	
ewimed Drainage-Set Ableitung durch Schwerkraft	<2000 ml	<input type="checkbox"/> 1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 50-7505	

3 Zuständige Ärzte:

a) Verordnender Arzt: (Implantierende Klinik): <u>Dr. Arzt / Musterklinik</u> Telefon: <u>0123/456 123</u> Datum der Verordnung & Unterschrift des Arztes: <u>20.01.24</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Dr. Arzt</u> Datum Unterschrift des Arztes	 Klinikstempel
b) Hausarzt/ weiterbehandelnder Arzt: <u>Dr. Mustermayer, Straße 9, 1234 Ort, 0123/332211</u> (Name, Anschrift, Telefon)	

4 Versorgungsbeteiligte (ambulant):

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

5 Verlegung in andere (stationäre) Einrichtung:

a) Pflegeheim/Hospiz/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 |
+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-datenschutzklarung> abrufbar.

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

Datum: 20.01.2024

Unterschrift Patient: Mustermann