

Ärztliche Verordnung

-Entlassungsrelevante Hilfsmittel-

**Ausgefüllte Verordnung bitte per Fax an: 0 74 71 / 73 97 2 -13
Original-Verordnung dem Patienten bei Entlassung mitgeben !**

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.): _____

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten - Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

Diagnose: _____ _____ _____	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	HMP-Nr.: 01.24.05.0002
PleurX™ Drainage-Set Ableitung durch Vakuum	<500 ml	<input type="checkbox"/>	1 VE = 4 Stück Art. Nr.: 50-7500B/4	
PleurX™ Drainage-Set Ableitung durch Vakuum	<1000 ml	<input type="checkbox"/>	1 VE = 4 Stück Art. Nr.: 50-7510/4	
ewimed Drainage-Set Ableitung durch Schwerkraft	<2000 ml	<input type="checkbox"/>	1 VE = 4 Stück Art. Nr.: 50-7505/4	

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):

E-Mail: _____
a) Patient Name: _____ Telefon: _____
b) Angehöriger Name: _____ Telefon: _____
c) Pflegedienst Name: _____ Telefon: _____

5 Verlegung in andere (stationäre) Einrichtung:

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

6 Bezug, Beratung & Betreuung durch: ewimed GmbH | Dorfstraße 24 | D - 72379 Hechingen-Boll | Tel.: 0 74 71 / 73 97 2 -0 | Fax: 0 74 71 / 73 97 2 -13

7 Datenschutzrechtliche Einwilligung (Patient):

Im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln erhebt, verarbeitet und nutzt die ewimed GmbH die mit der Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich neben allgemeinen Informationen über die Person auch um Informationen über die Gesundheit (Drainagemenge, Infektionen, ggf. Diagnosen), die als „personenbezogene Daten besonderer Art“ nach dem Bundesdatenschutzgesetz besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit der Versorgung übermittelt die ewimed GmbH Daten an seinen Abrechnungsdienstleister opta data Abrechnungs GmbH und ggf. auch an die Krankenversicherung und den MDK, soweit die Daten zur Abrechnung oder Bewilligung der Versorgung benötigt werden. Die Informationen zur Löschung dieser Daten sind unter www.ewimed.com/datenschutzerklaerung abrufbar.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich hiermit die Einwilligung in die Übermittlung, Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten (einschließlich meiner Gesundheitsdaten) in vorstehend beschriebenen Umfang. Ich entbinde den behandelnden Arzt der Klinik zudem von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB bzgl. der in Zusammenhang dieser Versorgung erforderlichen Informationen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift Patient: _____