Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Musterkrankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Mustermann, Max Musterstraße 23 12345 Musterstadt		01.01.1900
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	V1234567890	
Betriebsstätten - Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ärztliche Verordnung

-Entlassungsrelevante Hilfsmittel-

Muster

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.): 01.01.2020

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

Diagnose: Musterkrankheit

Besonderheiten: z. B. Drainage mit / ohne Vakuum

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: MRSA

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	HMP-Nr.: 01.24.05.0002
PleurX™ Drainage-Set Ableitung durch **Vakuum**	<500 ml	☒ 1 VE = 4 Stück Art. Nr.: 50-7500B/4	☐ 1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 50-7500B	
PleurX™ Drainage-Set Ableitung durch **Vakuum**	<1000 ml	☐ 1 VE = 4 Stück Art. Nr.: 50-7510/4	☐ 1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 50-7510	
ewimed Drainage-Set Ableitung durch **Schwerkraft**	<2000 ml	☐ 1 VE = 4 Stück Art. Nr.: 50-7505/4	☐ 1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 50-7505	

Artikelaufkleber implantierter Katheter

3 Zuständige Ärzte:

a) Verordnender Arzt: (Implantierende Klinik): OA Dr. Mustermeier

Telefon: 0123/0283652

Datum der Verordnung & Unterschrift des Arztes: 01.01.2020 ✖ Mustermeier
Datum Unterschrift des Arztes

Stempel Musterklinik

Klinikstempel

b) Hausarzt / weiterbehandelnder Arzt: Dr. Schmidt, Musterstraße 4, 12345 Musterstadt, Tel.: 0123/125489
(Name, Anschrift, Telefon)

4 Versorgungsbeteiligte (ambulant):

E-Mail: info@mustermueller_pflege.de

a) Patient Name: Mustermann, Max — Telefon: 0123/86225477

b) Angehöriger Name: Mustermann, Lisa (Ehefrau) — Telefon: 0123/86225477

c) Pflegedienst Name: Pflegedienst Mustermüller — Telefon: 0123/95633242

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: 01.01.2020 Unterschrift Patient: ✖ Mustermann