

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

Ärztliche Verordnung

-Entlassungsrelevante Hilfsmittel-

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.): _____

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

Diagnose & med. Begründung: _____ _____ _____ _____	Bisher erfolgte Punktion/en: Datum _____ Menge _____ml	Katheter-Lage: Pleura	Aszites
	_____ml	Intervall-empfehlung: 30 Tage tägliche Drainagetherapie zur Verdoppelung der Pleurodeserate	Symptomatisch _____ alle _____ Tage
	_____ml	Drainage-Menge: _____ ml / 24 h	
	Pleurodeseversuch erfolgt: nicht erfolgt, weil: _____ ja, aber erfolglos	Infektionen: nein ja, welche: _____ Pneumothorax/ Luftfistel: _____	

2 Verordnung, Drainagevarianten (Entsprechenden Artikel durch kennzeichnen):

 drainova® Reservoir Ableitung durch Soft-Vakuum	<2000 ml	1 VE = 10 Stück Art. Nr.: 2010	Artikelaufkleber implantierter Katheter
 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	

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 / 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-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: _____