

Ärztliche Verordnung: drainova® und PleurX™ Drainage-System

Diesem Patienten/ dieser Patientin wurde ein drainova® oder PleurX™ Katheter implantiert. Wir melden sie/ihn an für die Erstinstruktion der wiederkehrenden Drainage mit Verbandswechsel. Bitte liefern Sie dem Patienten das verordnete Drainagematerial und vereinbaren Sie den Termin zur Instruktion.

Ausgefüllte Verordnung bitte per Email an: ewimed@hin.ch
Original-Verordnung dem Patienten bei Entlassung mitgeben

Datum der (vorauss.) Entlassung: _____

1 Medizinische Informationen & Drainage-Empfehlung:

Katheter-Lage: Pleura links Pleura rechts Aszites
Drainage-Menge: _____ ml/24 h
Intervallempfehlung: Symptomatisch _____ x wöchentlich
Chronische Infektionskrankheiten: nein ja, welche: _____
Pneumothorax: nein ja
Bemerkung: _____

Patientenaufkleber / Adresse und Geburtsdatum

Krankenkasse und Versichertennummer

Katheter Lot-Nummer / Klebeetikette

2 Verordnung (entsprechenden Artikel durch ☒ kennzeichnen):

Artikelbezeichnung / Packungsgrösse	Art.-Nr.:	MiGeL-Nr.:	Dauerrezept für drainova®, ewimed- oder PleurX™ Drainage-Sets
Erstinstruktion	S1000		Ableitung durch Soft-Vakuum 2000ml 1 VE = 10 Stück 2010 01.03.01.01.1
drainova® clickFix	P1100S	01.03.02.02.1	Ableitung durch Schwerkraft 2000ml 1 VE = 10 Stück 50-7505 01.03.01.01.1
PleurX™ Verbindungsschlauch	50-7245A	01.03.02.01.1	Ableitung durch Schwerkraft 400ml 1 VE = 20 Stück 50-7504 01.03.01.01.1
drainova® Spülschlauch	6060	01.03.02.01.1	Ableitung durch Vakuum 1000ml 1 VE = 10 Stück 50-7510 01.03.01.01.1
			Ableitung durch Vakuum 500ml 1 VE = 10 Stück 50-7500B 01.03.01.01.1

3 Zuständige Ärzte / Spital / Klinik:

a) Verordnender Arzt:
(Implantierende Klinik): _____
Telefon: _____
Datum der Verordnung &
Unterschrift des Arztes: _____
Datum Unterschrift des Arztes

Spital- / Klinik-Stempel

4 Verlegung nach Hause oder in andere Einrichtung:

a) Angehöriger
Name: _____ Telefon: _____
b) Spitex Name: _____ Telefon: _____
c) Pflegeheim / Hospiz / Klinik / Spital / Reha
Name: _____ Telefon: _____
Adresse: _____

5 Bestellung, Beratung & Instruktion durch:

ewimed Switzerland AG • Freiburgstrasse 453 • CH-3018 Bern • Phone +41 31 958 66 66 • ewimed@hin.ch

6 Datenschutzhinweis für den Patienten:

Die ewimed Switzerland AG („ewimed“) bearbeitet Ihre Daten, um Ihnen Drainagematerial zu liefern und Sie sowie Sie unterstützende Dritte, wie z.B. Pflegedienste, in dessen Gebrauch zu instruieren.

Ihre Daten werden nur ausnahmsweise an Dritte übermittelt.

Wenn Sie Näheres darüber und über die generelle Datenbearbeitung durch ewimed erfahren wollen, finden Sie weitere Informationen in unserer ausführlichen Datenschutzerklärung unter folgendem Link: <https://ewimed.ch/datenschutzerklaerung>

7 Zustimmung des Patienten zur Datenübermittlung

Ich erkläre hiermit, dass der behandelnde Arzt, das Spital bzw. die Klinik meine Personendaten an ewimed und jene diese an Pflegedienste, KESB oder andere Dritte übermitteln darf, wie in Ziff. 6 beschrieben.

Ihre Daten umfassen neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person (z.B. Namen, Adresse, Geburtsdatum, Krankenkasse) insbesondere auch Informationen über Ihre Gesundheit (Drainagemenge, Infektionen, ggf. Diagnose, Besuchsprotokolle etc.), welche gemäss Datenschutzgesetz als besonders schützenswerte Personendaten gelten. Ihre Daten werden nur ausnahmsweise an Dritte übermittelt, soweit Sie hierzu eingewilligt haben oder dies zur Vertragsabwicklung nötig, gesetzlich vorgesehen oder aufgrund eines überwiegenden privaten oder öffentlichen Interesses geboten ist, wie z. B. an von Ihnen oder Behörden zu Ihrer Unterstützung eingesetzte Dritte, wie Angehörige, Beistände oder Pflegedienste, an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), via MediData an Krankenkassen und Versicherungen, soweit für die Abrechnung nötig oder im Fall von Zahlungsrückständen an das zuständige Betreibungsamt oder andere Behörden.

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____