Ärztliche Verordnung: PleurX™-Drainagesystem

Diesem Patienten wurde ein 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: info@fenik.ch
Original-Verordnung dem Patienten bei Entlassung mitgeben !

Datum der (vorauss.) Entlassung: _____

Patientenaufkleber / Adresse und Geburtsdatum

1 Medizinische Informationen & Drainage-Empfehlung:

Katheter-Lage: ☐ Pleura ☐ Aszites

Drainage-Menge: ☐ _____ ml / 24 h

Intervallempfehlung: ☐ Symptomatisch ☐ _____ x wöchentlich

Chronische Infektionskrankheiten: ☐ nein ☐ ja, welche: _____

Bemerkung

_____

_____

_____

2 Verordnung (Entsprechenden Artikel durch ☒ kennzeichnen):

Katheter Lot-Nummer / Klebeetikette

Artikelbezeichnung, Packungsgrösse:	Art.-Nr.:	MiGeL-Nr.:	
☐ Erstinstruktion	S1000		
Dauerrezept für:			
☐ Sicherheitsklemme, unsteril	P1100S	01.03.02.02.1	
☐ PleurX™ Verbindungsschlauch, steril	50-7245	01.03.02.01.1	
☐ PleurX™ Drainage-Set 500 ml, 1VE = 10 Stück	50-7500B	01.03.01.01.1	Ableitung durch Vakuum
☐ PleurX™ Drainage-Set 1000 ml, 1VE = 10 Stück	50-7510	01.03.01.01.1	Ableitung durch Vakuum
☐ ewimed Drainage-Set 2000 ml, 1VE = 10 Stück	50-7505	01.03.01.01.1	Ableitung durch Schwerkraft
☐ drainova® Drainage-Set 2000ml, 1VE = 10 Stück	2010	01.03.01.01.1	Ableitung durch Soft - Vakuum

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:

fenik AG • Querstrasse 5 • 8212 Neuhausen am Rheinfall • Tel.: +41 31 511 87 20 • Fax: +41 52 577 02 56 • info@fenik.ch

6 Datenschutzrechtliche Einwilligung (Patient):

Im Rahmen der Verordnung für die Instruktion und die Lieferung der Drainagesets, verarbeiten und nutzen wir Ihre personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person (z.B. Namen, Adresse, Geburtsdatum, Krankenkasse) insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit (Drainagemenge, Infektionen, ggf. Diagnose), die gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) als besonders schützenswerte Personendaten gelten und für deren Bearbeitung besondere Datenschutz- und Datensicherungsanforderungen gelten. Ihre Daten werden nur ausnahmsweise an Drittpersonen übermittelt, wie z. B. die KESB oder im Fall von Zahlungsrückständen ggf. an das zuständige Betreibungsamt.

Ich erkläre hiermit, dass das Spital bzw. die Klinik meine personenbezogenen Daten im vorstehend beschriebenen Umfang an die Firma fenik AG übermitteln darf.

Datum: _____ Unterschrift Patient: ✗ _____