



Unterschrift verordnender Arzt
[Handwritten Signature]

Stempel Institution
Kantonsspital Winterthur
Ncélie Engeler
Klinische Fachspezialistin
Klinik für Gefässchirurgie
Corless-Nr. 052 266 24 39

Besteller
Datum

Art./Stk./Ktn.	Material für ACTI VAC	Art.Nr.
5	Acti VAC Kanister 300ml	M8275058-5
5	VAC Granuloam small 7x10cm	M8275051-5
5	VAC Granuloam medium 12x18cm	M8275052-5
10	VAC Whitefoam 7,5x10cm	M6275033-10
5	VAC Simplace small 7x10cm	M8275046-5
5	VAC Simplace medium 12x18cm	M8275045-5
5	VAC Bridge Dressing	M8275042-5
10	VAC Gel Streifen	M6275026-10

Material Bestellung

Adresse
PLZ / Ort
Name / Institution

Wichtig! Bitte teilen Sie uns mit wohin wir liefern/abholen sollen.
 Klinik Patient anderer Ort (rechts angeben)

Liefer-/Abholadresse

Andere Institution
(z.B. Patient wurde verlegt ins Pflegeheim, bei Verwandten etc.)

Start ist der Folgetag der Klinikentlassung
Therapie Ende

Verordnender Arzt
Start
Stop
ambulante Therapie
ambulante Therapie

Weiterbehandelnde Institution (z.B. Spirex xy)
System ACTI
Bei ACTI VAC bitte GeräteNr. angeben
04/18

Klinik
KSW

Spital/Institution

Abteilung/Stotion
B7

Geb. Datum Patient
14.03.66
Erreichbarkeit Patient (tel)
078/107 19 00

Sonstige Informationen
Bei Unfall: Versicherung sowie Unfall-Schadens-Nr.

PLZ
8400
Ort / Kanton
Winterthur

Krankenkasse
Aquila
Versicherungsnummer
20091604

Wohnadresse Patient
Kudolfstrasse 21
Name
Vorname
Henn Paul

Patienteninformationen

Ereignis: Krankheit Unfall

Email: PostmasterCH@mmm.com
Email verschlüsselt: ch.kcd-medical@hin.ch

KCI Medical GmbH
Tel: 0848 848 900
Fax: 0848 848 901



Ärztliche Verordnung ambulante V.A.C.® Therapy

0176 P

Bitte dieses Formular raschmöglichst an den behandelnden Arzt zurücksenden.

Ort und Datum:		Unterschrift:	
<input type="checkbox"/>	Kostengutsprache, nicht limitiert	<input type="checkbox"/>	abgelehnt
<input type="checkbox"/>	Kostengutsprache limitiert für _____ Wochen	<input type="checkbox"/>	Begründung:

Durch die Versicherung auszufüllen:

Ort und Datum: Unterschrift (Arzt):

Voraussichtliche Heilungsdauer bei V.A.C.® Therapy:

Begründung zur Verlängerung der Kostenübernahme:

Voraussichtliche Dauer:

Kosten pro Tag:

Kosten Total:

Ausführender Arztbericht liegt bei

Diagnose, Wundverlauf:

Bis heute eingesetzte lokale Wundtherapie:

Klinik, behandelnder Arzt:	GLN Nummer:	GLN Nummer:	Patient:
ZSR Nummer:	ZSR Nummer:	Versicherung:	Versicherungs-Nr.:
Telefon:	Telefon:		
Email/FAX:	Email/FAX:		

Gesuch um Kostengutsprache der V.A.C.® Therapy

An den Vertrauensarzt

postmasterCh@mmm.com

Teil +41 (0)848 848 900
Fax +41 (0) 848 848 901

KCI Medical GmbH
Eggstrasse 91
8803 Rorschikon
Schweiz

