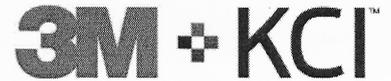


Ärztliche Verordnung ambulante V.A.C.® Therapy



Email: PostmasterCH@mmm.com

Email verschlüsselt: ch.kci-medical@hin.ch

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

Patienteninformationen

Rüeffli Silvia
Name Vorname

Heissgändestrasse 43
Wohnadresse Patient

4132 Mülten, Baselstadt
PLZ Ort / Kanton

08.05.1956 06.11.461 93'42
Geb.Datum Patient Erreichbarkeit Patient (Tel)

Ereignis: Krankheit Unfall

Krankenkasse _____
Versichertennummer _____

Bei Unfall; Versicherung sowie Unfall-Schadens-Nr. _____

Sonstige Informationen _____

Spital/Institution

Kantonsspital Baselstadt, Liestal
Klinik

7.2
Abteilung/Station

Verordnender Arzt _____

Weiterbehandelnde Institution (z.B. Spitex xy) _____

Start ambulante Therapie 29.01.2024
Stop ambulante Therapie _____
Start ist der Folgetag der Klinikentlassung Therapie Ende

System ACTI 2378
Bei ACTI VAC bitte GeräteNr. angeben

Liefer-/Abholadresse

Klinik Patient anderer Ort (rechts angeben)

Wichtig! Bitte teilen Sie uns mit wohin wir liefern/abholen sollen.

Andere Institution

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

Name / Institution _____

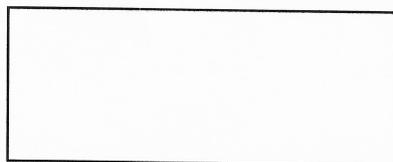
Adresse _____ PLZ / Ort _____

Material Bestellung

Anz.	Stk./Ktn.	Material für ACTI VAC	Art.Nr.
<u>1</u>	5	Acti VAC Kanister 300ml	M8275058-5
	5	VAC Granufoam small 7x10cm	M8275051-5
<u>1</u>	5	VAC Granufoam 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

Datum _____

Besteller _____



Stempel Institution

[Signature]
Kantonsspital Baselstadt
Assistenzarzt
Klinik Chirurgie & Viszeralchirurgie
Zentrum Bauch
CH-4410 Liestal

Unterschrift verordnender Arzt

! Klick auf Symbol !
ausgefülltes Formular senden an:



KCI



KCI via HIN