

Fax 0848 848 901
E-Mail postmasterCH@acelity.com
E-Mail (datengeschützt) ch.kci-medical@hin.ch

Patientendaten

Name	Vorname
Geburtsdatum	Krankenkasse
Versichertennummer	Ereignis: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Verordnender Arzt	Falls Unfall, Unfall-Schadens-Nr.

Spital/Institution

Klinik	Abteilung/Station
--------	-------------------

Wohnadresse des Patienten

Strasse	PLZ
Ort/Kanton	Telefon

Therapiebeginn	Therapieende	Systemnummer	Adresse Geräteabholung
Start ambulant	Stopp ambulant	KCI-System Nummer (z.B. ACTI0001 bzw. VIA, SNAP)	Nach Therapieende: wo kann das Gerät abgeholt werden?

Name der Einrichtung (falls die Lieferadresse von der Patientenadresse abweicht)

Name	Strasse
PLZ / Ort	Telefon

Hiermit bestellen wir folgende V.A.C.®-Zubehör-Materialien und beauftragen Sie mit deren Lieferung:

ActiV.A.C.® Kanister 5 Stk. / Karton	M8275058-5
V.A.C. GranuFoam® Small Dressing Kit (10 x 7,5 x 3,3 cm) 5 Stk./Karton	M8275051-5
V.A.C. GranuFoam® Medium Dressing Kit (18 x 12,5 x 3,3 cm) 5 Stk. / Karton	M8275052-5
V.A.C. Via™ 7-Tage-Kit	VIAKIT077D01/CH.S
SNAP125 Kartusche -125 mmHg 60 ml	SNPA125
SNAP Advanced Dressing Kit 10 x 10 cm	SKTF10X10

Name des Bestellers Datum Stempel / Unterschrift verordnender Arzt
(zwingend mit Stempel und Unterschrift des Arztes)