

# Ärztliche Verordnung ambulante V.A.C.® Therapy



Email: [PostmasterCH@mmm.com](mailto:PostmasterCH@mmm.com)

Email verschlüsselt: [ch.kci-medical@hin.ch](mailto:ch.kci-medical@hin.ch)

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

## Patienteninformationen

**Nai**  
**Aebli**  
**Gertrud**  
26.10.1952 / W  
**Wc**  
PID 1242817 / FID 901964977



7530 AMB – Sprechstunde Tel: 4887 Zi: 9073  
Eintritt: 24.11.2023 / 08:57 Lokalität: Sprechstundenzer  
**PL** Austritt: 23.11.2024 / 08:00 Allg / CSS  
Oberlandstrasse 87 8610 Uster  
Tel P. +41 44 941 06 84 Tel M. +41 79 605 39 81

Geb.Datum Patient Erreichbarkeit Patient (Tel)

Ereignis:  Krankheit  Unfall

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_

Bei Unfall; Versicherung sowie Unfall-Schadens-Nr. \_\_\_\_\_

Sonstige Informationen \_\_\_\_\_

## Spital/Institution

KSW  
Klinik

Abteilung/Station \_\_\_\_\_

Verordnender Arzt

Weiterbehandelnde Institution (z.B. Spitex xy) \_\_\_\_\_

**Start** **Stop**  
**ambulante Therapie** **ambulante Therapie**  
03.01.2024 22.01.24  
Start ist der Folgetag der Klinikentlassung Therapie Ende

**System**  
 ACTI 2441  
Bei ACTI VAC bitte GeräteNr. angeben

## Liefer-/Abholadresse

Klinik  Patient  anderer Ort (rechts angeben)

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

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

Name / Institution \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

## Material Bestellung

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

22.1.24  
Datum

Kantonsspital Winterthur  
Dr. med. Katja Reiser  
Oberärztin  
Frauenklinik  
Telefon 052 266 30 30

! Klick auf Symbol !  
ausgefülltes Formular senden an:



KCI



KCI via HIN

Besteller

Stempel Institution

Unterschrift verordnender Arzt