

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

Calzone Claudia
Name Vorname

Reussacherstrasse 28
Wohnadresse Patient

6460 Altdorf Uri
PLZ Ort / Kanton

16.12.1972 079 531 95 82
Geb.Datum Patient Erreichbarkeit Patient (Tel)

Ereignis: Krankheit Unfall

Visana 756.8912.5174.89
Krankenkasse Versichertennummer

Bei Unfall; Versicherung sowie Unfall-Schadens-Nr.

Sonstige Informationen

Spital/Institution

Klinik

Abteilung/Station

Verordnender Arzt

Weiterbehandelnde Institution (z.B. Spitex xy)

Start ambulante Therapie **Stop ambulante Therapie**

Start ist der Folgetag der Klinikentlassung

Therapie Ende

System

ACTI

3000
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.
	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

Klinik Allgemeine
Chirurgie
Spital Nidwalden AG
6370 Stans

Klinik Allgemeine
Chirurgie
Spital Nidwalden AG
6370 Stans

[Handwritten Signature]

Unterschrift verordnender Arzt

! Klick auf Symbol!
ausgefülltes Formular senden an:



KCI



KCI via HIN

An den Vertrauensarzt

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

Klinik, behandelnder Arzt: Klinik Allgemeine und viszerale Chirurgie GLN Nummer: Spital Nidwalden AG 6370 Stans ZSR Nummer: Telefon: <i>Wenmarkes</i> Email/FAX:	Patient: Versicherung: Versicherungs-Nr.:
---	---

Diagnose, Wundverlauf:
Wundenfeld abdomen

Bis heute eingesetzte lokale Wundtherapie:
VAC Therapie

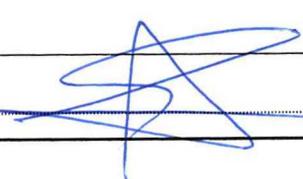
Ausführender Arztbericht liegt bei

Begründung zur Verlängerung der Kostenübernahme:
langfristige VAC Therapie

Voraussichtliche Dauer: *2-3 W*

Kosten pro Tag: *—* Kosten Total: *—*

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

Ort und Datum: *26.1.27* Unterschrift (Arzt): 

Durch die Versicherung auszufüllen:

Kostengutsprache, nicht limitiert

Kostengutsprache limitiert für _____ Wochen

abgelehnt Begründung:

Ort und Datum: Unterschrift:

Bitte dieses Formular raschmöglichst an den behandelnden Arzt zurücksenden.