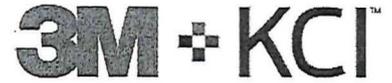


# Ärztliche Verordnung ambulante V.A.C.® Therapy



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

Beck Guido  
Name Vorname

Grepperstrasse 45a  
Wohnadresse Patient

6403 Nüssnacht am Rigi  
PLZ Ort / Kanton

11.01.1957 041 850 6346  
079 941 9878  
Geb.Datum Patient Erreichbarkeit Patient (Tel)

Ereignis:  Krankheit  Unfall

Sanitas 81.08141-5  
Krankenkasse Versichertennummer

Bei Unfall; Versicherung sowie Unfall-Schadens-Nr.

Sonstige Informationen

## Spital/Institution

Kantonsspital Luzern  
Klinik

Dr. A. Bruhin  
Verordnender Arzt

**Start** **Stop**  
**ambulante Therapie** **ambulante Therapie**  
12. Feb. 2024 14. 2. 24  
Start ist der Folgetag der Klinikentlassung Therapie Ende

Zentrum für komplexe Wunden  
Abteilung/Station

Weiterbehandelnde Institution (z.B. Spitex xy)

**System**  
 ACTI 0811  
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
<u>1</u>	5	VAC Granufoam small 7x10cm	<del>M8275051-5</del> <u>silver</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

12.2.24  
Datum  
D. Burri  
Besteller

Luzerner Kantonsspital  
Zentrum für komplexe Wunden  
6000 Luzern 16  
Tel. 041 205 61 81  
Fax 041 205 23 44

Stempel Institution

Dr. med. Andreas Bruhin  
Leitender Arzt Chirurgie  
Leiter Zentrum für komplexe Wunden  
Luzerner Kantonsspital  
6000 Luzern 16

Unterschrift verordnender Arzt

! Klick auf Symbol!  
ausgefülltes Formular senden an:



KCI



KCI via HIN