

Email: PostmasterCH@mmm.com

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

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

Patienteninformationen

Name _____ Vorname _____

Wohnadresse Patient _____

PLZ _____ Ort / Kanton _____

Geb.Datum Patient _____ Erreichbarkeit Patient (Tel) _____

Ereignis: Krankheit Unfall

Krankenkasse _____ Versichertennummer _____

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

Sonstige Informationen _____

Spital/Institution

Klinik _____

Verordnender Arzt _____

Start ambulante Therapie **Stop ambulante Therapie**

Start ist der **Folgetag** der Klinikentlassung _____ Therapie Ende _____

Abteilung/Station _____

Weiterbehandelnde Institution (z.B. Spitex xy) _____

System

ACTI _____

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
	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



Unterschrift verordnender Arzt

! Klick auf Symbol!
ausgefülltes Formular senden an:



KCI



KCI via HIN