

Email: [postmasterch@solventum.com](mailto:postmasterch@solventum.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

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

Universitätsspital Basel

Klinik \_\_\_\_\_

Verordnender Arzt \_\_\_\_\_

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

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

**Start ambulante Therapie** **Stop ambulante Therapie**

Start ist der **Folgetag** der Klinikentlassung \_\_\_\_\_ Therapie Ende \_\_\_\_\_

## 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