

Abhängesets für ZVK und Portsysteme

Sets für die Intravenöse Ernährungstherapie - die ideale Ergänzung zur Versorgung von Patient*innen im Bereich der Infusions- und Portversorgung. Folgende Vorteile zeichnen unsere Sets aus:

- verhindern infektiöse Komplikationen des ZVK durch Prophylaxe mit TauroLock™
- komplette Versorgung der Patient*innen mit wenigen Handgriffen und absolut hygienisch
- Im Rahmen von monatlichen Versorgungspauschalen stellen die Sets eine optimale finanzielle Möglichkeit dar, die Patient*innen wirtschaftlich zu versorgen.
- Alle Bestandteile der Sets bestehen aus hochwertigen Materialien.
- Die Sets gibt es einzeln oder im Karton zu je 15 Stück.

SET 3 (+2x10ml NaCl)

PZN 16929790 - 1 Tag Preis 14,85 € (netto)
PZN 16929809 - 15 Tage Preis 222,75 € (netto)

Inhalt*

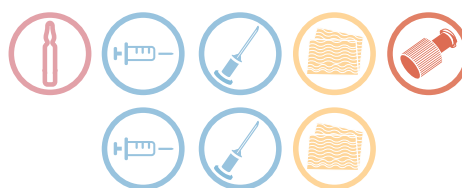
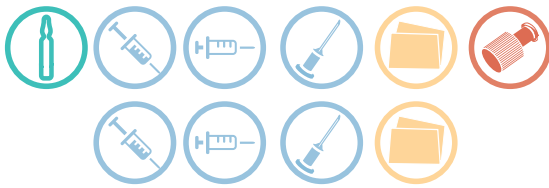
1 x TauroLock™ Ampulle 3ml
2 x TP SalineFlush™ 0,9% NaCl 10ml
2 x Einmalspritze Luer-Lock 10ml**
2 x Filternadel 18G mit 5µm-Filter
2 x 2 Vliesstoffkompressen 7,5x7,5cm
1 x Kombi-Stopper rot

SET 3H

PZN 10757129 - 1 Tag Preis 8,85 € (netto)
PZN 10757135 - 15 Tage Preis 132,75 € (netto)

Inhalt*

1 x TauroLock™-HEP100 Ampulle 3ml
2 x Einmalspritze Luer-Lock 10ml
2 x Filternadel 18G mit 5µm-Filter
2 x 2 Mullkompressen 7,5x7,5cm
1 x Kombi-Stopper rot



***alle Materialien sind einzeln steril verpackt**

**Hersteller: B. Braun (Omnifix) oder Servoprax (Mediware)

Versandhinweis

Die Lieferungen erfolgen per Trans-o-flex oder UPS (temperaturgesteuert) ab dem Lager Winsen. Ab einem Nettowarenwert in Höhe von 500,00 € netto liefern wir „frei Haus“. Darunter berechnen wir eine Verpackungs- und Versandpauschale in Höhe von 7,50 € netto.

Gebrauchshinweis

Anwendung darf nur nach den allgemeinen Pflegestandards erfolgen. Der Artikel darf nach Ablauf des Verfalldatums sowie bei Beschädigung der Einzelverpackung nicht mehr eingesetzt werden.

Warnhinweis

Beiliegende Filternadeln dürfen nicht zur direkten Punktion von Port-Systemen verwendet werden.

E-Mail order@tauro-implant.de
WhatsApp **01763 6794635**

FAX 04171 890 81 89

Kunde _____

Interne Bestell-Nr

Kunden-Nr. _____

Ansprechpartner _____

Telefon _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Bestellmenge - **SET 3 (+2x10ml NaCl)**

_____ (je 1 Tag)

_____ (je 15 Tage)

Bestellmenge - **SET 3H**

_____ (je 1 Tag)

_____ (je 15 Tage)

Datum, Unterschrift

Firmenstempel