

## Objednávka pronájmu respiračního zařízení Homelox<sup>®</sup>-mobil na kapalný kyslík - SAMOPLÁTCE

Platná od 12. 4. 2024

Objednávku zašlete emailem na adresu:

[vera.trneckova@linde.com](mailto:vera.trneckova@linde.com) nebo datovou schránkou: ID dat.schránky: idpcft3

1) Příjmení a jméno pacienta:

Číslo pojištění:

Kód pojišťovny:

ZKONTROLOVAT!!!

2) **Adresa, kde pacient skutečně žije, kde bude zařízení pacientem provozováno a naším servisem zásobováno:**

Ulice a číslo domu:

číslo poschodí a bytu:

PSČ/ obec/ okres:

výtah k dispozici:  ANO  NE

3) Telefonické spojení na pacienta (není-li na pacienta, pak na osobu blízkou, příbuzné, sousedy vč. jejich jmen):

**Předepisuji následující dávkování inhalace kyslíku pomocí zařízení Homelox<sup>®</sup> – mobil:**

Průtok kyslíku **v klidu**:                      litrů za minutu;                      hodin denně,

Průtok kyslíku **při zátěži**:                      litrů za minutu;                      hodin denně,

Předepisuji následující příslušenství (označte konkrétně):

kanyla nebo  maska;                      zvlhčovač  ano  ne; prodlužovací hadice  2 m nebo  8 m nebo  15 m

**Homelox<sup>®</sup>-mobil je požadován instalovat** v konfiguraci zásobníků – označte:

stacionární s přenosným: dospělí/ větší děti (kontinuální režim – průtoky přenosek 0,25 - 6 l/min nebo 0,25 - 15 l/min)

stacionární s přenosným: pediatrické kontinuální s průtoky 0,05 – 2 l/min nebo 0,125 – 4 l/min

pulsní režim (= pacient vyzkoušel přenosný zásobník s pulsním režimem) – rozsah pulsního režimu 1 až max. 4 l/min

Jméno a IČZ smluvního lékaře ZP, který **bude mít po celou dobu léčby pacienta v odborné péči** (je-li jiný než indikující):

MUDr.

IČZ

Tel./ Fax:

Adresa pracoviště:

Jméno a IČZ smluvního lékaře ZP, který **indikoval a objednávku vystavil**:

MUDr.

IČZ

Tel./ Fax:

Adresa pracoviště:

DATUM, RAZÍTKO ZZ, PODPIS INDIKUJÍCÍHO LÉKAŘE: