

Příloha objednávky na pronájem elektrického koncentrátoru kyslíku

Platná od 5. 12. 2022 pro úhradu pojišťovnou pouze s platným Poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku.

Stacionární koncentrátor kyslíku **dětský (0,1 - 1 l/min):** EverFlo kód 5007684

Přílohu objednávky spolu s vyplněným Poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku (dle požadavků VZP, ZPMVČR, RBP ZP a nového Zákona o zdravotnických prostředcích) či přímo podepsaným revizním lékařem zašlete datovou schránkou (**ID dat.schránky: idpcft3**) nebo doporučeně na adresu: **Linde Gas a.s., Zdravotnictví, U Technoplynu 1324, 198 00 Praha 9,** nebo emailem: **tomas.cmiral@linde.com**

1) Příjmení, jméno pacienta:

Číslo pojištěnce:

Kód pojišťovny:

ZKONTROLOVAT!!!

2) Adresa, kde bude koncentrátor provozován:

PSČ/obec: /

3) Telefonické spojení na pacienta, příbuzné/ blízké:

K tel. spojení na pacienta je nutné uvést 1 – 2 tel. spojení na příbuzné, blízké, sousedy, apod. včetně jejich jmen.

- a) Pacient +420
- b) +420
- c) +420

4) Adresa, kde má být koncentrátor instalován:
ad 2 ad 5 nebo jinde (uved'te kde)

5) V případě dlouhodobé hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení v termínu předpokládané instalace uveďte adresu zdravotnického zařízení, telefonické a faxové spojení:

Koncentrátor požadují instalovat od kdy:

Předepisují následující inhalaci kyslíku:

průtok kyslíku: litrů za minutu; hodin denně

Předepisují následující příslušenství (označte konkrétně):

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

Jméno a IČZ smluvního lékaře zdravotní pojišťovny, který **objednávku vystavil:**

MUDr.

IČZ

Tel./ Fax:

Adresa pracoviště:

DATUM, RAZÍTKO ZZ, PODPIS INDIKUJÍCÍHO LÉKAŘE: