**Objednávka na pronájem elektrického koncentrátoru kyslíku**

**Platná od 12. 2. 2024 pro SAMOPLÁTCE**

**Stacionární koncentrátor kyslíku (do 10 l/min): DeVilbiss Compact 1025**

|  |
| --- |
| Objednávku zašlete emailem na tech.servis LG a.s. - Domácí péče: 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 příbuzné pacienta/ na pacienta:

 ***Pokud není tel. spojení na pacienta, je nutné uvést tel. spojení na sousedy, příbuzné apod. včetně jejich jmen!***

**Zaškrtněte volbu pacienta pro předání** – dle toho se ozve zástupce domácí péče Linde Gas a.s. na domluvu termínu:

⬜ Koncentrátor dodat na adresu pacienta – bod 2 (delší doba než osobní vyzvednutí)

⬜ Koncentrátor si vyzvedne zástupce pacienta po domluvě s pracovníkem Domácí péče osobně sám: ⬜ Praha ⬜ Brno

 ⬜ Ostrava

Předepisuji následující inhalaci kyslíku:

průtok kyslíku:litrů za minutuhodin denně

Příslušenství/balíček dodávaný k přístroji: 2 ks nosní kyslík. kanyla + 1 ks zvlhčovač + spojka s prodlužovací hadicí 8 m

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

**MUDr.**  IČZ: Tel./ Fax:

Adresa pracoviště:

DATUM, RAZÍTKO ZZ, PODPIS INDIKUJÍCÍHO LÉKAŘE: