**Příloha objednávky na pronájem elektrického koncentrátoru kyslíku**

**Platná od 1. 9. 2023 pro úhradu pojišťovnou pouze s platným Poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku.**

**Stacionární koncentrátor kyslíku vysokoprůtok (2 - 10 l/min): DeVilbiss 1025 kód 5008801**

|  |
| --- |
| 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 nebo doporučeně na adresu:**Linde Gas a.s., Zdravotnictví, U Technoplynu 1324, 198 00 Praha 9, ID dat.schránky: idpcft3** |

1) Příjmení, jméno pacienta:

Číslo pojištěnce: Kód pojišťovny: ZKONTROLOVAT!!!

2) Adresa, kde bude koncentrátor provozován: PSČ/obec:

3) Telefonické spojení: + 420 …………………………….. pacient +420 ………………………………

 + 420 ……………………………. +420 ………………………………

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

4) Adresa, kde má být koncentrátor instalován:

 *ad 2 ad 5 nebo jinde (uveďte kde)*

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

Koncentrátor požaduji instalovat od kdy:

Pokud byl již KK instalován, uveďte jeho sériové.číslo SN: a kdy byl instalován:

Předepisuji následující inhalaci kyslíku:

průtok kyslíku: 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**

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

**MUDr.**  IČZ  Tel./ Fax:

Adresa pracoviště:

DATUM, RAZÍTKO ZZ, PODPIS INDIKUJÍCÍHO LÉKAŘE: