**Objednávka pronájmu respiračního zařízení**

**Homelox®-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 pojištěnce: 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® – 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®-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: