

## Příloha objednávky na pronájem elektrického koncentrátoru kyslíku

Platná od 2. 5. 2023 pro úhradu pojišťovnou pouze s platným Poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku.

Stacionární koncentrátor kyslíku (do 5 l/min): **DeVilbiss KS 525** kód **5003113**

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 na pacienta:

*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 (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:

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

a kdy byl instalován:

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:

---