

## Příloha objednávky na pronájem elektrického koncentrátoru kyslíku

Platná od 1. 9. 2022 pro úhradu pojišťovnou pouze s platným Poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku.

**Mobilní přenosný koncentrátor kyslíku (do 2 l/min):**      **SimplyGo kód 5007685**

**Mobilní přenosný koncentrátor kyslíku je možné předepsat pouze jako doplněk ke stacionárnímu koncentrátoru a to jen pro krátkodobé použití v případě, kde nejde použít stacionární koncentrátor kyslíku!**

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 požaduji instalovat od kdy:

Předepisuji následující inhalaci kyslíku:

průtok kyslíku v zátěži:      litrů za minutu

Mobilní koncentrátor kyslíku je dodáván standardně s kanylou dlouhou 180 cm.

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

MUDr.

IČZ

Tel./ FAX:

Adresa pracoviště:

DATUM, RAZÍTKO ZZ, PODPIS INDIKUJÍCÍHO LÉKAŘE:

---