

Příloha objednávky na pronájem koncentrátoru kyslíku

platná od 1.7.2017, pro úhradu pojišťovnou pouze s řádně vyplněným Poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku.

Stacionární (do 5 l/min): kód pomůcky:

Mobilní/přenosný: kód pomůcky:

Tuto Přílohu, spolu s Poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku schválený revizním lékařem, zašlete na adresu dodavatele, příslušného k výše uvedenému kódu ZP.

1) Příjmení, jméno pacienta:
Číslo pojištění: 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 a podobně včetně jejich jmen.

4) Adresa, kde má být koncentrátor instalován:
ad 2 ad 5 nebo jinde (uvedte kde)

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

Jméno smluvního lékaře ZP a jeho IČZ, který bude mít po celou dobu léčby pacienta v odborné péči:

..... IČZ

Adresa pracoviště:

Telefonické a faxové spojení:

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

..... IČZ

Adresa pracoviště:

Telefonické a faxové spojení:

Koncentrátor požadují instalovat: byl již instalován dne:

Předepisují následující užívání koncentrátoru:

V klidu: doba inhalace kyslíku: hodin denně, průtok kyslíku: litrů za minutu

Při zátěži: doba inhalace kyslíku: hodin denně, průtok kyslíku: litrů za minutu

Předepisují následující příslušenství: **kanyla** nebo **maska** (zakroužkujte konkrétně)

instalovat zvlhčovač : **ano** nebo **ne** (zakroužkujte konkrétně)

prodlužovací hadice délky cca : **2 m** nebo **8 m** nebo **15 m** (zakroužkujte konkrétně)

Zdůvodnění indikace (možno uvést na samostatné příloze):

.....

RAZÍTKO, PODPIS předepisujícího lékaře

Název a kód zdravotní pojišťovny, která bude závazně hradit za výše uvedeného pacienta pronájem kyslíkového koncentrátoru.:

**Jméno, razítko, identifikační číslo, datum, podpis
Revizního lékaře pobočky ZP, který zkontroloval,
zda je pacient u jejich pobočky v té době registrován
a schválil pronájem kyslíkového koncentrátoru:**

RAZÍTKO, PODPIS RL

Telefonické, e-mailové spojení: