

# Příloha objednávky na pronájem koncentrátoru kyslíku

platná od 1.4.2020, 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 schváleným revizním lékařem,  
**zašlete na adresu dodavatele,**  
příslušného k výše uvedenému kódu ZP.

- 1) Příjmení, jméno pacienta: .....  
Číslo pojištění: ..... Kód pojišťovny: .....
- 2) Adresa, kde bude koncentrátor provozován: .....  
PSČ/obec: ..... / .....
- 3) Telefonické spojení na pacienta: .....  
*Pokud není tel. spojení na pacienta., je možné uvést tel. spojení na sousedy, příbuzné a podobně 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:  
.....  
.....

---

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

..... ICZ .....

Adresa pracoviště: .....

Telefonické a faxové spojení: .....

---

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

..... ICZ .....

Adresa pracoviště: .....

Telefonické a faxové spojení: .....

Koncentrátor požaduji instalovat: ..... byl již instalován dne: .....

Předepisuji 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

Předepisuji 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):  
.....

RAZITKO, PODPIS předepisujícího lékaře