

**Příloha objednávky na pronájem stacionárního
koncentrátoru kyslíku EverFlo s mobilním
koncentrátorem kyslíku Zen-O**



Partner pro zdraví.

Platná od 9. června 2022 pouze s oběma řádně vyplněnými Poukazy na léčebnou a ortopedickou pomůcku – EverFlo (kód 5007684) a Zen-O (kód 5015101). Poukazy na obě léčebné a ortopedické pomůcky schválené revizním lékařem spolu s touto Přílohou zašlete doporučeně na adresu firmy:
Saegeling Medizintechnik, s.r.o., Mírová 1311/9a, 618 00 Brno

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo pacienta: Kód pojišťovny:

Bydliště pacienta: PSČ/obec:/.....

Adresa instalace koncentrátoru:
Pokud není shodná s místem bydliště.

PSČ/obec:...../.....

V případě dlouhodobé hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení v termínu předpokládané instalace uveďte adresu příslušného zdravotnického zařízení včetně telefonického a faxového spojení:

.....

Identifikace smluvního lékaře zdravotní pojišťovny, který bude mít po celou dobu léčby pacienta v odborné péči:

Jméno a příjmení lékaře:..... IČZ

Adresa pracoviště: Tel:.....

Identifikace smluvního lékaře zdravotní pojišťovny, který objednávku vystavil:

Jméno a příjmení lékaře:..... IČZ

Adresa pracoviště: Tel:

Koncentrátor požadují instalovat v termínu od:

Předepisují následující užívání koncentrátorů kyslíku

Celková doba inhalace kyslíku: hodin/den

Stacionární koncentrátor kyslíku **EverFlo**: kontinuílní průtok kyslíku: l/min.

Mobilní koncentrátor kyslíku **Zen-O**: kontinuílní průtok kyslíku: l/min. / hodnota pulsního režimu:

Předepisují následující příslušenství (* - hodící se zakřížkujte)

Stacionární koncentrátor **EverFlo**

nosní brýle / maska *

Instalovat zvlhčovač: ano / ne *

Mobilní koncentrátor kyslíku **Zen-O**

nosní brýle / maska *

Zdůvodnění indikace (možno uvést na samostatné příloze):

.....Razítko, podpis.....

Adresa a kód zdravotní pojišťovny, která bude závazně hradit za výše uvedeného pacienta pronájem kyslíkového koncentrátoru společnosti Saegeling Medizintechnik, s.r.o.:

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

Telefon:.....E-mail:.....Razítko, podpis.....

Saegeling Medizintechnik, s.r.o.

Mírová 1311/9a, 618 00 Brno

Telefon: (+420) 548 217 808-9, E-mail: info@saegeling-mt.cz, www.saegeling-mt.cz

IČ: 26259311, DIČ: CZ26259311, spisová značka C 40683 vedená u Krajského soudu v Brně, jednatel: Ing. Leona Běhanová