

Platná od 1. října 2025 pouze s řádně vyplněným Poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku – Oxygenate 5 (kód 5018631).  
Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku schválenou 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**

Doba inhalace kyslíku: ..... hodin/den Průtok kyslíku: ..... l/min.

**Předepisují následující příslušenství (\* - hodící se zakřížkujte)**

nosní brýle / maska \*

Instalovat zvlhčovač: ano / ne \*

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 společností 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.....