

Platná od 1. října 2025 pouze s oběma řádně vyplněnými Poukazy na léčebnou a ortopedickou pomůcku – Oxygenate 5 (kód 5018631) a SimplyGo (kód 5007685). 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:

Telefonické spojení na pacienta:.....

Rodné číslo pacienta: Kód pojišťovny:

Pokud není telefonické spojení na pacienta, je nutno uvést telefonické spojení na sousedy, příbuzné apod. včetně jejich jmen.

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 **SimplyGo**: kontinuílní průtok kyslíku: l/min. / hodnota pulsního režimu:

Předepisují následující příslušenství (* - hodící se zakřížkujte)

Stacionární koncentrátor **EverFlo**

Mobilní koncentrátor kyslíku **SimplyGo**

nosní brýle / maska *

nosní brýle / maska *

Instalovat zvlhčovač: ano / ne *

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 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.....