

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

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

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

Stacionární koncentrátor **EverFlo**

Mobilní koncentrátor kyslíku **Zen-O**

nosní brýle / maska \*

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 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.....