

# Požadavek lékaře k dodávce respiračního zařízení na bázi kapalného kyslíku Homelox® - mobil

platná od ledna 2009 pouze s příloženým a řádně vyplněným Poukazem na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Oba tyto formuláře musí být schváleny revizním lékařem té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěnec registrován a zaslány doporučeně na adresu:

Linde Gas, a.s, Zdravotnictví – útvar Domácí péče, U Technoplynu 1324, 198 00 Praha 9 - Kyje

Příjmení, jméno pacienta: .....

rodné číslo pacienta: ...../..... Kód pojišťovny: ..... ZKONTROLOVAT!

Závazná adresa, kde bude nemocnému zařízení Homelox® – mobil instalováno a pravidelně doplňován kyslík:

ulice a číslo domu:

číslo poschodí bytu:

PSČ/obec:

výtah k dispozici: ano – ne

okres:

Telefonické spojení na pacienta: .....

*Pokud není tel. spojení na pacienta, je nutné uvést tel. spojení na sousedy, příbuzné a podobně včetně jejich jmen.*

Vystaveno zdravotnickým zařízením ( plná adresa)

Jméno ošetřujícího smluvního lékaře zdravotní pojišťovny (tj. lékař provádějící u pacienta po schválení terapie pravidelné kontroly arteriálních krevních plynů), včetně identifikačního čísla:

Telefonické a faxové spojení: .....

Homelox® - mobil je požadován instalovat v konfiguraci – zaškrtněte:

- stacionární zásobník s mobilním zásobníkem pro dospělé
- stacionární zásobník s mobilním zásobníkem pro děti
- pulzní režim (= pacient má vyzkoušen mobilní zásobník s pulzním režimem) – možný pouze pro průtoky od 1 do max. do 4 l/min
- kontinuální režim – pro průtoky od 0,25 do 6 l/min

Předepisují následující užívání zařízení Homelox® – mobil:

doba inhalace kyslíku: ..... hodin denně

průtok kyslíku: ..... litrů za minutu

Předepisují následující příslušenství: **kanyla** nebo **maska** (zakroužkovat konkrétně)

instalovat zvlhčovač : **ano** nebo **ne** (zakroužkovat konkrétně)

prodlužovací hadice : **2 m** nebo **8 m** nebo **15 m** (zakroužkovat konkrétně)

Zdravotní pojišťovna (název, adresa vč. PSČ a kód) která bude závazně hradit za výše uvedeného pacienta pronájem zařízení Homelox® – mobil

Revizní lékař, který zkontroloval, zda je pacient u jejich pobočky v té době registrován a odsouhlasil pronájem zařízení Homelox® - mobil: (jméno, identifikační číslo, razítko, datum a podpis)

Telefonické a faxové spojení

RAZÍTKO, PODPIS

Diagnóza:

Objednávku vystavil:

Jméno a podpis lékaře: