

Souhlas s indikací kyslíkové léčby kyslíkovým koncentrátorem

* EverFlo (kód 5007684)

* SimplyGo (kód 5007685)

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo pacienta:

Bydliště pacienta:

PSČ/obec:/.....

Telefonické spojení na pacienta:

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

Adresa instalace koncentrátoru:

Pokud není shodná s místem bydliště.

PSČ/obec:/.....

Souhlasím s indikací

Jméno a příjmení lékaře:

Adresa pracoviště:

Výsledek testu na COVID-19 v době propuštění: negativní/pozitivní

Předepisuji následující užívání koncentrátoru:

Doba inhalace kyslíku: hodin/den

Průtok kyslíku: l/min.

Příslušenství: nosní brýle * maska * zvlhčovač *

.....
Razítko, podpis lékaře

* Hodící se zakřížkujte.



Tel.: (+420) 548 217 808 | (+420) 548 217 809

E-mail: info@saegeling-mt.cz

www.saegeling-mt.cz