



Bonus energia per utenti di apparecchiature mediche vitali



Dichiarazione medica

Particolari del paziente

| | |
|--|--|
| Nome del paziente che usa le apparecchiature mediche vitali: | |
| Indirizzo del paziente: | |
| Numero di contatto del paziente durante il giorno: | |

Acconsento al rilascio all'OECC dei miei dati di natura medica relativi a questa domanda se ciò rientra nella responsabilità di tale organo relativamente all'erogazione del bonus. Ho letto e compreso la relativa informativa in materia di privacy (Energy Rebates Privacy Collection Notice).

Firma del paziente:

Data:

Particolari dell'operatore sanitario

Questa sezione deve essere compilata dall'operatore sanitario del paziente.

| | |
|---|--|
| Nome dell'operatore sanitario: | |
| Numero dell'operatore sanitario: | |
| Nome del luogo dove il paziente è stato visitato (ospedale/centro medico/ambulatorio): | |
| Numero telefonico del luogo dove il paziente è stato visitato (ospedale/centro medico/ambulatorio): | |

Apparecchiature mediche vitali approvate e prescritte al paziente

L'operatore sanitario del paziente è tenuto a selezionare la casella o le caselle qui sotto. Cfr. pagina 4 per maggiori informazioni su apparecchiature mediche vitali approvate. Per soddisfare i requisiti ai fini del bonus (NSW Life Support Rebate), il paziente deve essere stato visitato da un operatore sanitario abilitato per verificare che l'uso delle apparecchiature mediche vitali approvate sia necessario presso il principale luogo di residenza del paziente.

Dichiarazione del medico

Dichiaro che il paziente richiede l'uso di:

| Casella da spuntare | Apparecchiatura | Requisiti relativi all'uso |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Concentratori di ossigeno (a tempo pieno) | La macchina viene usata continuamente 24 ore al giorno |
| <input type="checkbox"/> | Concentratori di ossigeno (part-time) | La macchina viene usata per meno di 24 ore al giorno (part-time) |
| <input type="checkbox"/> | Macchina a pressione positiva continua delle vie aeree (a tempo pieno) | La macchina viene usata continuamente 24 ore al giorno |
| <input type="checkbox"/> | Macchina a pressione positiva continua delle vie aeree (part-time) | La macchina viene usata per meno di 24 ore al giorno (part-time) |
| <input type="checkbox"/> | Pompa di alimentazione enterale | - |
| <input type="checkbox"/> | Pompa cardiaca esterna | - |
| <input type="checkbox"/> | Dialisi a domicilio | - |
| <input type="checkbox"/> | Fototerapia | - |
| <input type="checkbox"/> | Sedie a rotelle elettriche | Il paziente deve essere classificato come quadriplegico N.B: non include scooter per mobilità |
| <input type="checkbox"/> | Pompa di alimentazione parenterale totale | - |
| <input type="checkbox"/> | Ventilatori/Respiratori | N.B.: non include nebulizzatori, umidificatori o vaporizzatori |

Dichiaro che tutte le informazioni fornite in questa domanda sono, per quanto di mia conoscenza, veritiere e corrette.

Acconsento a che l'OECC mi contatti per confermare la correttezza dei dati personali e sanitari forniti in questo modulo.

Firma del medico:

Data:

Apparecchiatura medica vitale approvata

| Tipo di apparecchiatura | Esempi di apparecchiature* | Bonus annuale |
|---|--|---|
| Concentratori di ossigeno (a tempo pieno) | Devilbiss ecc. | \$1.248,67 (la macchina deve essere usata continuamente 24 ore al giorno) |
| Concentratori di ossigeno (part-time) | Devilbiss ecc. | \$742,78 (la macchina viene usata per meno di 24 ore al giorno) |
| Macchina a pressione positiva continua delle vie aeree (a tempo pieno) | Pressione positiva continua delle vie aeree, bifasica o pressione positiva variabile delle vie aeree | \$285,07 (la macchina deve essere usata continuamente 24 ore al giorno) |
| Macchina a pressione positiva continua delle vie aeree (part-time) | Pressione positiva continua delle vie aeree, bifasica o pressione positiva variabile delle vie aeree | \$144,54 (la macchina viene usata per meno di 24 ore al giorno) |
| Pompa di alimentazione enterale | Kangaroo ePump Companion–Abbott Pompa enterale Flexiflow Patrol | \$176,66 |
| Pompa cardiaca esterna | Dispositivo di assistenza ventricolare sinistra | \$44,17 |
| Dialisi a domicilio | Emodialisi o macchine peritoneali automatiche cycler – ad esempio: Fresenius, Gambro, Baxter | \$618,31 |
| Apparecchiature per la fototerapia | Terapia della luce azzurra | \$1.477,52 |
| Sedie a rotelle elettriche per quadriplegici N.B.: non include scooter per mobilità | Quickie, Zippie, ecc. | \$120,45 |
| Pompa di alimentazione parenterale totale | Pompa Volumatic, pompa Flowguard | \$337,26 |
| Ventilatori/Respiratori N.B.: non include nebulizzatori, umidificatori o vaporizzatori | Serie LTV, Breas, PLV-100 ecc., polmone d'acciaio | \$1.477,52 |

*L'elenco delle marche commerciali accanto a ogni apparecchiatura è stato incluso solo a scopo informativo e non è esaustivo.