

KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

Pesel

Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA

Informacja dotycząca realizacji świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę i fizjoterapeutę oraz na temat dostępności do świadczeń wykonywanych przez wymieniony personel medyczny, dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną i nieinwazyjną, zawarte są w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

| Data | Pieczęć i podpis lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna * |
|------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Data | Pieczęć i podpis lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna * |
|------|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Informuję, że w miesiącu pacjent był hospitalizowany w dniach:

od do

.....
podpis pacjenta/opiekuna

* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE