

Karta zgłoszenia pacjenta do programu wentylacji domowej

data zgłoszenia:

dane pacjenta:

nazwisko i imię:

PESEL:

adres zameldowania:

adres pobytu:

.....
ulica, numer domu/mieszkania

.....
ulica, numer domu/mieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
kod pocztowy, miejscowość

.....
telefon

.....
telefon

rozpoznanie:.....

osoba zgłaszająca:

.....
nazwisko i imię

.....
stopień pokrewieństwa

.....
telefon kontaktowy:

ankieta:

1. Gdzie obecnie przebywa pacjent?

- w domu
- w szpitalu
- jeśli w szpitalu to w jakim:.....

2. Czy pacjent jest aktualnie wentylowany mechanicznie za pomocą respiratora?

- tak
- nie

3. Czy pacjent ma rurkę tracheostomijną?

- tak
- nie

4. Czy pacjent korzysta z koncentratora tlenu?

- tak
- nie
- jeśli tak to:
 - jaki przepływ tlenu
 - ile godzin w ciągu doby pacjent korzysta z koncentratora

5. Czy pacjent i rodzina (opiekunowie) zgadzają się na objęcie pacjenta domową opieką wentylacyjną?

- tak
- nie są jeszcze zdecydowani

6. Czy pacjent jest objęty opieką długoterminową?

- tak
- nie
- jeśli tak to jaką.....

zgłoszenie prosimy przesłać:

pocztą na adres:

Ośrodek Wentylacji Domowej, Medycyna Specjalistyczna Sp. z o.o.,
85-503 Bydgoszcz, ul. Rynkowska 2

e-mailem na adres:

biuro@wentylacjadomowa.pl

zgłoszenia przyjmujemy również telefonicznie:

52-524-62-04, 606 575 618