

## 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	Czas trwania wizyty od - do	Pieczęć i podpis lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna *

\* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNIE

**Karta wizyt rehabilitacyjnych pacjent.....**

**Data..... godz.: od.....do..... suma godz.: .....**

**Czynności rehabilitacyjne:**

**Podpis rehabilitanta**

**Data..... godz.: od.....do..... suma godz.: .....**

**Czynności rehabilitacyjne:**

**Podpis rehabilitanta**

**Data..... godz.: od.....do..... suma godz.: .....**

**Czynności rehabilitacyjne:**

**Podpis rehabilitanta**

**Data..... godz.: od.....do..... suma godz.: .....**

**Czynności rehabilitacyjne:**

**Podpis rehabilitanta**