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

*WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE

St. Vincent Medical Center Sp. z o.o. ul. Miła 6, lok. B, 00-180 Warszawa, tel.: +48 823-12-96
www.stvmedical.pl e-mail :biuro@stvincentmedical.com.pl