NZOZ MEDYK-POZNAŃ Sp. z o.o.
ul. Świt 47, Poznań 60-375 *tel. 791 729 995*
NIP 7792480892 REGON 369358537
strona internetowa: www.medyk-poznan.pl
e-mail: wm@medyk-poznan.pl

KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ* lub NIEINWAZYJNEJ*

Imię i Nazwisko pacjenta ..... Pesel .....

Adres zamieszkania pacjenta……...

Parametry wentylacji mechanicznej - wypełnia lekarz:

……

……

……

Data, pieczęć i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz. 00	Do Godz. 00	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

*właściwe podkreślić

Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz./dobę.