Załącznik nr 3

KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO

Imię i nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Telefon kontaktowy .....

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA:

1) porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w miesiącu;
2) wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w tygodniu;
3) pozostały personel (fizjoterapeuta, psycholog)– porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego;
4) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę z zespołu hospicjum domowego.*

Data wizyty	Czas trwania wizyty od - do	Pieczęć i podpis pracownika hospicjum domowego	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna **

* zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 poz. 742 ze zm.).

** WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE

VitalAire Sp. z o.o. (dawniej: HELP VitalAire Sp. z o.o. oraz St.Vincent Medical Center Sp.z o.o.)
ul. Strzeszyńska 33, 60-479 Poznań, tel.: +48 61 86 99 388
KRS: 0000431339 Sąd Rejonowy Poznań Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu,
VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. Wysokość kapitału zakładowego 472 500 zł.
NIP: 779-00-17-233, REGON: 630536856, BDO 00000 7670