ARTA WIZYT W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE

Imię i Nazwisko pacjenta .....

Adres zamieszkania .....

PESEL .....

Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej

.....

Imię i Nazwisko Fizjoterapeuty.....

Numer prawa wykonywania zawodu……

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

L.p.	Data	Czas trwania wizyty od - do	Imię, nazwisko,numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty,podpis	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna *

* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE