**KARTA WIZYT PIELĘGNIARKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ**

(Kod wizyty pielęgniarskiej 5.01.27.0800016 sprawozdawany wraz z datą zrealizowanej wizyty)

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

Adres zamieszkania  .........................................................................................................................

Pesel .................................................................................................................................................

Telefon Kontaktowy...........................................................................................................................

INFORMACJA DLA  PACJENTA LUB OPIEKUNA :

1. wizyty pielęgniarskie nie mniej niż 4 razy w tygodniu,
2. dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00
3. w medycznie uzasadnionych przypadkach - dostępność w soboty, niedzieli i dni ustawowo wolne od pracy[[1]](#footnote-1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Data wizyty | Czas trwania wizyty od - do | Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis pielęgniarki | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna[[2]](#footnote-2) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |

1. zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu

świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. poz.1480 ze zm) [↑](#footnote-ref-1)
2. WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE [↑](#footnote-ref-2)