|  |
| --- |
| **KARTA WIZYT (ROZLICZENIOWA) W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE** |
| **BetaMed S.A.** |
| **OSOBA WYKONUJĄCA ŚWIADCZENIA:** |
| **IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:** **ADRES ZAMIESZKANIA:** **PESEL:****Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej – (32) 420 29 36*****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** | **imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty** | **CZYTELNY PODPIS PACJENTA LUB OPIEKUNA**\***(WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE)** |
|  |  |  |  |

\*W przypadku dzieci podpis opiekuna prawnego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | **OPIS UDZIELONEGO ŚWIADCZENIA** | imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty |
|  |  |  |

Imię i nazwisko pacjenta: