

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:

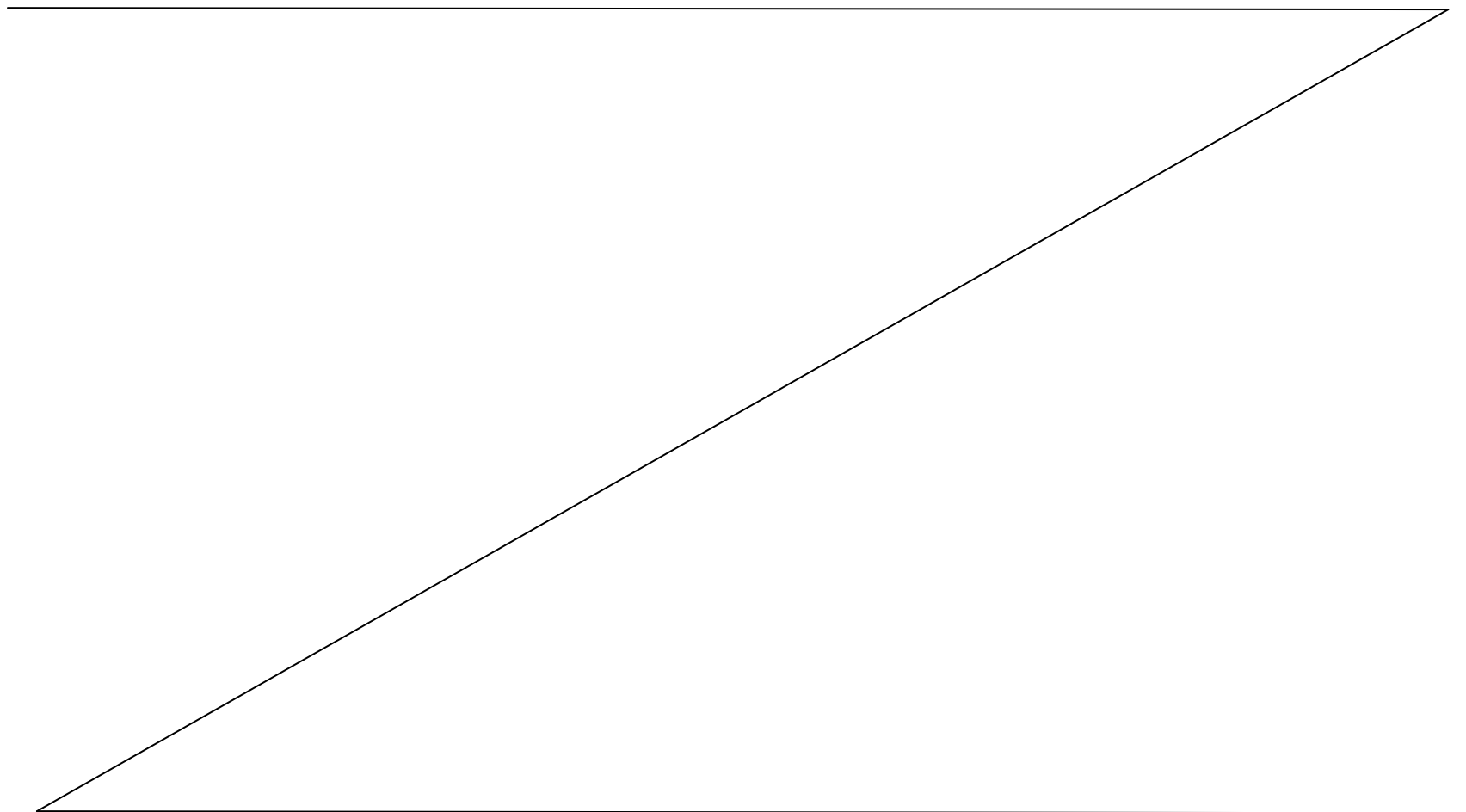
Informacja dotycząca realizacji świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę i fizjoterapeutę oraz na temat dostępności do świadczeń wykonywanych przez wymieniony personel medyczny, dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną i nieinwazyjną, zawarte są w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia 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:

A large, empty right-angled triangle is drawn on the page. The top edge is horizontal and extends from the left margin towards the right. The bottom edge is also horizontal, starting from the left margin and extending further to the right than the top edge. A diagonal line connects the left end of the top edge to the left end of the bottom edge, forming a right angle at the top-left corner. This shape is intended for writing the patient's name.