

**KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE**

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

Imię, nazwisko, PWZ

Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej: 32 420 29 36

**INFORMACJE 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 lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, <b>podpis</b>	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna*

**\*WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE**

BetaMed S.A.

40-053 Katowice, ul. Barbary 21, tel. 32/2582790

Księga rejestrowa nr 00000013693

Centrum Medyczne "BETAMED" Filia Nr 11 kod jednostki-13

Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie - kod komórki -258

ul. Raclawicka 20 A 41-506 Chorzów, +48 32 420 29 00