Załącznik nr 5

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, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy*

Data wizyty	Czas trwania wizyty od - do	Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis pielęgniarki	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna **

* 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. z 2015 r. Poz. 1658 ze zm.).

** WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE

Załącznik nr 5

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:

4) wizyty pielęgniarskie nie mniej niż 4 razy w tygodniu,
5) dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00,
6) w medycznie uzasadnionych przypadkach – dostępność w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy*

Data wizyty	Czas trwania wizyty od - do	Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis pielęgniarki	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna **

* 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. z 2015 r. Poz. 1658 ze zm.).

** WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE