Załącznik nr 8 do zarządzenia Nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 listopada 2014 r.

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 | Pieczęć i podpis pielęgniarki | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna \*\* |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data wizyty | Pieczęć 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. poz. 1480 ze zm.).

\*\* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE