

**KARTA WIZYT PIEŁĘGNIARKI 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 pielęgnaarki	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