#### **NZOZ**

### Help-MED. s.c

***Opieka długoterminowa***

**OPIS PACJENTA**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Imię i nazwisko……………………………………………………….pesel………………………………………..**

**Problemy pielęgnacyjne:**

|  |
| --- |
| 1.  |
| 2.  |
| 3.  |
| 4.  |
| 5.  |
| 6.  |

**Przyjmowane leki wraz z dawkowaniem:**

Podpis pielęgniarki

#### **NZOZ**

### Help-MED. s.c

***Opieka długoterminowa***

**INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI**

w pielęgniarskiej opiece długoterminowej

|  |
| --- |
| Nazwisko i imię pacjenta  |
| Pesel |
| Data objęcia opieką  |
| Rozpoznanie |

***W CZASIE WIZYTY ZAPLANOWANO:***

**Świadczenia higieniczno-pielęgnacyjne:**

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

# Świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze:

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

## Świadczenia diagnostyczne:

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |

Data i podpis pacjenta lub opiekuna Data i podpis pielęgniarki