

**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<br>wizyty od - do | Pieczęć i podpis pielęgniarki | Czytelny podpis pacjenta<br>lub opiekuna ** |
|-------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|
|             |                                |                               |                                             |
|             |                                |                               |                                             |
|             |                                |                               |                                             |
|             |                                |                               |                                             |
|             |                                |                               |                                             |
|             |                                |                               |                                             |
|             |                                |                               |                                             |
|             |                                |                               |                                             |
|             |                                |                               |                                             |
|             |                                |                               |                                             |
|             |                                |                               |                                             |

\* zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 1480 ze zm.).

\*\*WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE

