

KARTA WIZYT W DOMU CHOREGOImię i nazwisko pacjenta
.....Adres zamieszkania
.....PESEL
.....Telefon kontaktowy
.....**INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA:**

- 1) porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w miesiącu;
- 2) wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w tygodniu;
- 3) pozostały personel (fizjoterapeuta, psycholog)– porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego;
- 4) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę z zespołu hospicjum domowego.*

| Data wizyty | Czas trwania wizyty od - do | Pieczęć i podpis pracownika hospicjum domowego | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna ** |
|-------------|-----------------------------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 poz. 742 ze zm.).

** WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE

| Data wizyty | Czas trwania wizyty od - do | Pieczęć i podpis pracownika hospicjum domowego | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna ** |
|-------------|-----------------------------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |