Załącznik nr 5

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 wizyty od - do	Pieczęć i podpis pielęgniarki	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna **

Imię i nazwisko Pesel

Data wizyty	Czas trwania wizyty od - do	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