

KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej

Imię i Nazwisko Lekarza.....

Numer prawa wykonywania zawodu.....

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA:

Informacja dotycząca realizacji świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę i fizjoterapeutę oraz na temat dostępności do świadczeń wykonywanych przez wymieniony personel medyczny, dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną i nieinwazyjną, zawarte są w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

L.p.	Data	Czas trwania wizyty od - do	Imię,nazwisko,numer prawa wykonywania zawodu lekarza,podpis,pieczętka	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna *

*** WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE**

VitalAire Sp. z o.o.

ul. Strzeszyńska 33, 60-479 Poznań, tel.: +48 61 86 99 388

KRS: 0000431339 Sąd Rejonowy Poznań Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu,

VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. Wysokość kapitału zakładowego 472 500 zł.

NIP: 779-00-17-233, REGON: 630536856, BDO 00000 7670