NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
HELMED
ul. Prosta 2, 44-330 Jastrzębie-Zdrój
NIP: 633-160-04-41 Regon 273667913
umowa z NFZ 124/210219

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**

* 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