**DECYZJA LEKARZA PULMONOLOGA**

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:..**..........................................................................................

1. **Pacjent kwalifikuje się do domowego leczenia tlenem**

**data...........................................................................**

**podpis i pieczęć lekarza...........................................**

1. **Warunkowa kwalifikacja (pacjent opuszcza szpital – kwalifikacja na podstawie badań w momencie wypisu).**

**Data...............................................................................**

**podpis i pieczęć lekarza................................................**

**Uwaga: ostateczna kwalifikacja nastąpi po upływie 3 miesięcy.**

1. **Brak wskazań do terapii tlenowej w warunkach domowych**

**data...........................................................................**

**podpis i pieczęć lekarza..........................................**

**UZASADNIENIE:....................................................................................................................**

**….............................................................................................................................................**

**.................................................................................................................................................**

1. **Decyzja nie podjęta z powodu braku wymaganych badań.**

**Konieczne dostarczenie:..........................................................................................**

**..................................................................................................................................**

**….............................................................................................................................................................**