**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:..........................................................................................**

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

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