

KARTA WENTYLACJI OKRESOWEJ MECHANICZNEJ INWAZYJNEJ* lub NIEINWAZYJNEJ*

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania pacjenta.....

PESEL.....

Parametry wentylacji mechanicznej - **wypełnia lekarz:**.....

.....

.....

Data, imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis lekarza zespołu długoterminowej opieki domowej

Data	Czas trwania wentylacji mechanicznej w ciągu doby (wypełnia pacjent lub opiekun)		
	Od godz. ⁰⁰	Do godz. ⁰⁰	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna

*właściwe podkreślić

Dotyczy świadczeniobiorców, którzy są wentylowani krócej niż 24 godz./dobę

VitalAire Sp. z o.o. (dawniej: HELP VitalAire Sp. z o.o. oraz St.Vincent Medical Center 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