**KARTA WIZYT W DOMU PACJENTA -TLENOTERAPIA**

Imię i nazwisko pacjenta……………………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL………………………………………………

1. **Potwierdzam dostarczenie koncentratora tlenu nr seryjny ……………………………………………… w dniu …………………………**
2. **Potwierdzam otrzymanie całodobowego telefonu kontaktowego do zespołu domowego leczenia tlenem.**

…………………………………………………… (podpis pacjenta)

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA :

1. Badanie lekarskie przynajmniej raz w kwartale
2. Zapewniony całodobowy dostęp do konsultacji telefonicznej z personelem udzielającym świadczeń
3. Wizyta pielęgniarki w domu pacjenta przynajmniej raz w kwartale
4. Potwierdzanie wizyt domowych przez pacjenta/opiekuna.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data i godzina wizyty | Nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza, pielęgniarki | Czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Dostarczanie przewodów tlenowych (co najmniej 3 sztuki na kwartał)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Liczba sztuk | Czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |