

KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE

Imię i Nazwisko pacjenta

Adres zamieszkania

PESEL

Telefon kontaktowy do zespołu długoterminowej opieki domowej

Imię i Nazwisko Lekarza.....

Numer prawa wykonywania zawodu.....

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA:

Informacja dotycząca realizacji świadczeń przez lekarza, pielęgniarkę i fizjoterapeutę oraz na temat dostępności do świadczeń wykonywanych przez wymieniony personel medyczny, dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną i nieinwazyjną, zawarte są w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

L.p.	Data	Czas trwania wizyty od - do	Imię,nazwisko,numer prawa wykonywania zawodu lekarza,podpis	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna *

*** WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE**

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