Załącznik nr 4

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

VitalAire 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

*właściwe podkreślić

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

VitalAire 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