**KARTA WIZYT W DOMU CHOREGO**

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

Adres zamieszkania .......................................................................................................................

PESEL ............................................................................................................................................

Telefon kontaktowy ........................................................................................................................

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA:

1. porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w miesiącu;
2. wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w tygodniu;
3. pozostały personel (fizjoterapeuta, psycholog)– porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza prowadzącego;
4. całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę z zespołu hospicjum domowego.\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data wizyty | Czas trwania wizyty  od - do | Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i podpis pracownika hospicjum domowego | Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna \*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 poz. 742 ze zm.).

\*\* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE