Załącznik nr 3

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	Pieczęć 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