

**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 / opiekuna prawnego)

**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.

**I. Potwierdzanie wizyt domowych przez pacjenta/opiekuna.**

Data i godzina wizyty	Pieczęć i podpis lekarza, pielęgniarki	Czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego

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

Data	Liczba sztuk	Czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego