Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 89/2012/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 grudnia 2012 r.

Załącznik nr 8 do Zarządzenia Nr 67/2011/DSOZ

KARTA WIZYT W DOMU PACJENTA - DOMOWA ANTYBIOTYKOTERAPIA DOŻYLNA

Imię i nazwisko pacjenta……..

Adres zamieszkania……

PESEL……

Potwierdzam, że jest mi znany telefon kontaktowy do ośrodka prowadzącego leczenie

…… (podpis pacjenta)

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA :

Każda wizyta musi zostać potwierdzona podpisem pacjenta lub opiekuna

Data i godzina wizyty	Pieczęć i podpis pielęgniarki (lekarza)	Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna