

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)

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	Nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza, pielęgniarki	Czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego

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

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

Data	Liczba sztuk	Czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego

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