Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 55/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 25 kwietnia 2022 r.

**Karta wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej**

Załącznik Nr 5

**KARTA WIZYT PIELĘGNIARKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ**

(Kod wizyty pielęgniarskiej 5.01.27.0800016 sprawozdawany wraz z datą zrealizowanej wizyty)

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

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

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

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

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA:

1) wizyty pielęgniarskie nie mniej niż 4 razy w tygodniu,

2) dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00,

3) w medycznie uzasadnionych przypadkach – dostępność w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy\*

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

\* zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658 z poźn. zm.).

\*\* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE