Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 54/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 maja 2024 r.

**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 | Imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu 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 2022 r. poz. 262 z późn. zm.).

\*\* WYPEŁNIENIE OBLIGATORYJNE