Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 167/2019/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 29 listopada 2019 r.

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 /opiekuna prawnego /rodzica)

INFORMACJA DLA PACJENTA LUB OPIEKUNA :

Każda wizyta jest potwierdzana podpisem pacjenta lub opiekuna

Data i godzina wizyty	Nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis pielęgniarki (lekarza)	Czytelny podpis pacjenta /opiekuna prawnego /rodzica