

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 167/2019/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 listopada 2019 r.

### 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 / opiekuna prawnego)

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

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

Data	Liczba sztuk	Czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego
