Załącznik do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I

Obszar E, składany w celu rozpatrzenia wniosku

Miejscowość:

Data (dd-mm-rrrr):

Zaświadczenie o korzystaniu ze świadczenia zdrowotnego

Imię pacjenta:

Nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Potwierdzam:

Pacjent na dzień wystawienia zaświadczenia korzysta ze świadczenia zdrowotnego udzielanego w warunkach domowych przez (zaznacz właściwe):

- ☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie
- ☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie
- ☐ poradnię/ ośrodek/ zespół domowego leczenia tlenem
- ☐ hospicjum domowe
- ☐ opiekę paliatywną
- ☐ pielęgniarską opiekę długoterminową
- ☐ na podstawie zalecenia lekarza specjalisty

Świadczenie jest udzielane w terminie (wpisz daty albo zaznacz właściwe):

- ☐ Od dnia (dd-mm-rrr): Do dnia (dd-mm-rrr):
- ☐ nieokreślonym (bezterminowo) od dnia:

Pacjent korzysta w miejscu zamieszkania/ stałego pobytu z następującego urządzenia (zaznacz właściwe):

- ☐ koncentratora tlenu
- ☐ respiratora.

Pieczęć świadczeniodawcy i **podpis osob**y upoważnionej, lub

Pieczęć i podpis lekarza lub lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty lub pielęgniarki z zespołu realizującego świadczenie

Nazwa i adres świadczeniodawcy:

Nazwa:

Ulica:

Miejscowość: Kod pocztowy: