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 przez (zaznacz właściwe):

- ☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, lub
- ☐ zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie, lub
- ☐ poradnię/ ośrodek/ zespół domowego leczenia tlenem

Świadczenie jest udzielane w terminie (wpisz daty, 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 osoby upoważnionej lub

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

Nazwa i adres świadczeniodawcy:

Nazwa:

Ulica:

Miejscowość: Kod pocztowy: