

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: