.............................................

pieczątka świadczeniodawcy

nr umowy z NFZ

PLAN OPIEKI

W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ

Nazwisko i imię pacjenta .............................................................................................................

Adres zamieszkania .....................................................................................................................

PESEL ...........................................................................................................................................

Lekarz POZ świadczeniobiorcy ...................................................................................................

Diagnoza pielęgniarska ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ USTALONY NA OKRES OD ......................... DO ..............................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.P | Nazwa świadczenia (czynności) | Cykliczność wykonania |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |

..........................................................................

data, pieczątka i podpis pielęgniarki opieki długoterminowej domowej realizującej

ustalony plan opieki