Załącznik nr 2 do wniosku w ramach programu „Aktywny Samorząd” Moduł I Obszar E

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: