

Centrum Opieki Salus Sp. z o.o.
44-253 Rybnik, ul. Jastrzębska 12
NIP 6423204492 REGON 368354833
Nr umowy z NFZ 124/214138
cz. I-000000195759, cz.V-01, cz. VII.....
Pielęgniarska Opieka Długoterminowa



INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ

.....
(Imię i nazwisko pacjenta, Nr PESEL)

| Data od do | Diagnoza pielęgniarska | Rozpoznane problemy pielęgnacyjne | Plan opieki | Podpis i pieczęć pielęgniarki |
|---------------------|------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------------------------------|
| | | | | |

Oświadczam, że zapoznałem/am się z indywidualnym planem opieki pielęgniarskiej wyrażam zgodę na jego realizację.
Świadczeniobiorca lub jego rodzina lub opiekun faktyczny zapewnia środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego. Pielęgniarka zapewnia wyroby medyczne zgodnie z wyposażeniem nesesera pielęgniarskiego.

.....
(data i podpis pacjenta/opiekuna faktycznego)