

Miejscowość:.....

Data (d-m-r):.....

ZAŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

wydane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach programu „Aktywny samorząd” (Obszar E)

Imię Pacjenta:

Nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

POTWIERDZAM:

1. Pacjent na dzień wystawienia zaświadczenia korzysta ze świadczenia zdrowotnego udzielanego przez (zaznacz właściwy kwadrat):

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

2. Świadczenie jest udzielane w terminie (wpisz daty, zaznacz właściwe):

od dnia (d-m-r):

do dnia (d-m-r):

☐ nieokreślonym (bezterminowo)

3. Pacjent korzysta w miejscu zamieszkania/ stałego pobytu z następującego urządzenia (zaznacz właściwe):

- ☐ koncentratora tlenu
- ☐ respiratora

.....
Pieczęć świadczeniodawcy i podpis osoby upoważnionej

albo,

.....
Pieczęć i podpis lekarza lub lekarza specjalisty lub fizjoterapeuty lub pielęgniarki z zespołu realizującego świadczenie, **proszę dodatkowo wypełnić poniższe dane**):

Nazwa świadczeniodawcy:

Ulica, nr budynku i lokalu:

Miejscowość: kod pocztowy: