

.....
pieczętka świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

.....
data objęcia pielęgniarską opieką środowiskową

**INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI
w pielęgniarskiej opiece środowiskowej**

Nazwisko i imię pacjenta Data urodzenia

Data objęcia opieką., okres objęcia opieką

lekarz kwalifikujący

Zalecenia lekarskie:

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

Diagnoza pielęgniarska:

.....
.....

1. PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ USTALONY NA OKRES OD DO

L.p.	Nazwa świadczenia (czynności)	Numer w katalogu	Cykliczność wykonania

.....
data, pieczętka i podpis lekarza poz

.....
data, pieczętka i podpis pielęgniarki poz realizującej świadczenie

**Potwierdzam objęcie pielęgniarską opieką środowiskową i wyrażam zgodę na świadczenia
pielęgniarskie ujęte w powyższym planie opieki pielęgniarskiej.**

.....

2. SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PLANU OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

..... w okresie do do.....
imię nazwisko pacjenta

Nr świadczenie zgodnie z katalogiem	Daty realizacji świadczeń																
	Potwierdzenia realizacji świadczeń – podpisy świadczeniobiorców pod datą w rubrykach dotyczących każdego zrealizowanego świadczenia																
																	Data
																	Podpis
																	Data
																	Podpis
																	Data
																	Podpis
																	Data
																	Podpis
																	Data
																	Podpis
																	Data
																	Podpis
																	Data
																	Podpis

.....
czytelny podpis pielęgniarki sprawującej opiekę