**INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ**

Nazwisko i imię pacjenta …………………………………………………………………………………………

PESEL / Data urodzenia …………………………………………………………………………………………..

Plan opieki ustalony na okres od ………….…………………..……. do ……………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ROZPOZNANY STAN / PROBLEM PIELĘGNACYJNY** | **CEL OPIEKI** | **PLAN DZIAŁANIA** | **CZAS REALIZACJI** | **OCENA PLANU OPIEKI** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………..……………………………………………

data, pieczątka i podpis pielęgniarki realizującej świadczenie

Potwierdzam objęcie pielęgniarską długoterminową opieką domową i wyrażam zgodę na świadczenia pielęgniarskie

ujęte w powyższym planie opieki pielęgniarskiej.

………………..……………………………………………

data i podpis Świadczeniobiorcy/Opiekuna

**INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ**

Nazwisko i imię pacjenta …………………………………………………………………………………………

PESEL / Data urodzenia …………………………………………………………………………………………..

Plan opieki ustalony na okres od ………….…………………..……. do ……………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ROZPOZNANY STAN / PROBLEM PIELĘGNACYJNY** | **CEL OPIEKI** | **PLAN DZIAŁANIA** | **CZAS REALIZACJI** | **OCENA PLANU OPIEKI** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………..……………………………………………

data, pieczątka i podpis pielęgniarki realizującej świadczenie

Potwierdzam objęcie pielęgniarską długoterminową opieką domową i wyrażam zgodę na świadczenia pielęgniarskie

ujęte w powyższym planie opieki pielęgniarskiej.

………………..……………………………………………

data i podpis Świadczeniobiorcy/Opiekuna