

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY / KWALIFIKUJĄCY PACJENTA  
DO RESPIRATOTERAPII DOMOWEJ  
(zaświadczenie lekarskie)**

(pieczęć oddziału kierującego)

Imię i nazwisko  
pacjenta.....

PESEL i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Telefon kontaktowy.....

Rozpoznanie (choroba zasadnicza).....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Choroby współistniejące.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Stwierdza się, że wyżej wymieniona osoba kwalifikuje się do respiratoterapii domowej i obecnie nie wymaga dalszej hospitalizacji.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza kwalifikującego)

.....  
podpis pacjenta lub jego  
przedstawiciela ustawowego