# Karta usług~~i~~ kooperanta – podmiot/zakład leczniczy

|  |
| --- |
| **……………………………………………………………………………**  *(nazwa podmiotu)*  **…………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………….**  *(adres)* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Usługa** | **TAK** | **NIE** | **Warunki dostępu/czas oczekiwania na usługę** | **Adres, e-mali**  **nr telefonu osoby realizującej usługę** | **UWAGI** |
| **1.** | Lekarz POZ |  |  |  |  |  |
| **2.** | Pielęgniarka POZ |  |  |  |  |  |
| **3.** | Pielęgniarka środowiskowa |  |  |  |  |  |
| **4.** | Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa |  |  |  |  |  |
| **5.** | Psychiatra |  |  |  |  |  |
| **6.** | Terapia uzależnień |  |  |  |  |  |
| **7.** | Psychiatria dzieci  i młodzieży |  |  |  |  |  |
| **8.** | Rehabilitacja domowa |  |  |  |  |  |
| **9.** | Inne, jakie?................... |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Karta usług zatwierdzona** |
| W dniu: ……………………………… Przez *(imię i nazwisko)* …………………………………………………………… |