



Protokol o prevzatí/vrátení zdravotníckej pomôcky

..... (meno pacienta) narodená/narodený
.....(dátum narodenia) v(miesto narodenia),
trvale bytom
.....zapožičiavam
zdravotnícku pomôcku: (názov
zdravotníckej pomôcky) na obdobie: (obdobie od – do*).

Telefonický kontakt na pacienta/rodinného príslušníka/opatrovateľa:

Zapožičanie zdravotníckej pomôcky:

Zdravotnícku pomôcku odovzdal:(meno a podpis
zdravotníckeho pracovníka)

Zdravotnícku pomôcku prevzal:(meno
a podpis**)

Dátum prevzatia zdravotníckej pomôcky:

*Zdravotnícku pomôcku možno zapožičať maximálne na 1 mesiac.

**Podpis pacienta, podpis rodinného príslušníka, podpis opatrovateľa pacienta, ktorý zapožičiava zdravotnícku pomôcku na meno pacienta zaradeného/prijatého do Mobilného hospicu Považská Bystrica.



Vrátenie zdravotníckej pomôcky:

Dátum vrátenia zdravotníckej pomôcky:

Zdravotnícku pomôcku skontroloval a prevzal: (meno
a podpis zdravotníckeho pracovníka)