

Pieczętka szpitala

....., dnia .... 20...r

.....

**KWALIFIKACJA DO WENTYLACJI MECHANICZNEJ W WARUNKACH DOMOWYCH**

Pacjent (imię i nazwisko) \_\_\_\_\_

PESEL \_ \_ \_ \_ \_

Został zakwalifikowany do nieinwazyjnej / inwazyjnej wentylacji mechanicznej w warunkach domowych.

Zalecany czas trwania wentylacji na dobę.....

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczętka lekarza