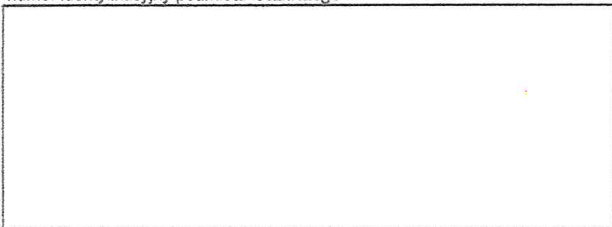


pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny podmiotu leczniczego



.....dnia.....20.....r  
miejsowość

**SKIEROWANIE DO  
HOSPICJUM DOMOWEGO  
HOSPICJUM DOMOWEGO DLA DZIECI \***

.....  
nazwa zakresu

Proszę objęcie domową opieką paliatywno-hospicyjną

Panią (Pana)....., lat.....

Adres.....

PESEL .....telefon.....

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

.....kod(ICD10).....

Cel opieki (uzasadnienie).....

Badania dotychczas wykonane

.....  
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

właściwe podkreślić\*

Uwagi Hospicjum Domowego / Hospicjum Domowego dla dzieci

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej 1 wizyty .....