|  |
| --- |
| **Skierowanie****do hospicjum stacjonarnego** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Pełna pieczęć podmiotu kierującego | Miejscowość, data |

|  |
| --- |
| **Kieruję do hospicjum stacjonarnego, Panią/ Pana:** |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Adres miejsca zamieszkania | Ulica, nr domu, nr mieszkania |  |
| Kod pocztowy, Miejscowość |  |
| Rozpoznanie ICD 10 (rozpoznanie) |  |
|  |
| Rozpoznanie ICD 10 (kod) |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Potwierdzam, że u Pacjentki/ Pacjenta zakończono leczenie przyczynowe. Proszę o objęcie leczeniem objawowym. |  |
| Podpis i pieczęć lekarza kierującego |