

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

....., dnia 2016 r.

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DOMOWEGO

Kieruję Pana / Panią.....ur.....

adres.....

PESEL do opieki w hospicjum domowym.

Rozpoznanie.....

.....kod(ICD 10).....

Stwierdzam, że Pan / Pani wymaga opieki paliatywnej i w chwili obecnej nie wymaga hospitalizacji.

Zalecenia lekarskie:

.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza