

Pieczętka podmiotu kierującego

.....

.....dn.

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO/DOMOWEGO

Kieruję Pana/Panią.....

Pesel.....

Adres zamieszkania.....

.....

Z rozpoznaniem.....

.....

Kod (ICD 10).....

Proszę o objęcie leczeniem objawowym.

.....

Podpis i pieczęć lekarza