

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

--

....., dnia.....

## SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DOMOWEGO

Kieruję Pana / Panią.....ur.....

adres.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do opieki w hospicjum domowym.

Rozpoznanie.....

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

U pacjentki/pacjenta zakończono leczenie przyczynowe.

Proszę o objęcie leczeniem objawowym.

Zalecenia lekarskie:

.....

.....

.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza