

Pieczęć jednostki kierującej, adres,
telefon, kody resortowe, nazwa
komórki organizacyjnej,
numer identyfikacyjny (UMOWY)
świadczonodawcy

.....,dnia.....20.....r

SKIEROWANIE DO PORADNI MEDYCZYNY PALIATYWNEJ

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią /Pana.....,lat.....

Adres.....

.....

PESEL

Telefon.....

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

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

Cel porady (uzasadnienie).....

.....

Badania dotychczas wykonane.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

właściwe podkreślić*

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....