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

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

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DOMOWEGO DLA DZIECI

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Panią /Pana.....lat.....

Adres.....

.....

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Telefon.....

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

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

Cel porady (uzasadnienie).....

.....

Badania dotychczas wykonane.....

.....

.....

czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego