

.....
pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej, REGON
numer umowy świadczeniodawcy z NFZ

Skierowanie do Hospicjum Domowego

Kieruję Pana/Panią

adres PESEL.....

do „NIEBIESKI PARASOL” Małgorzata Chmielewska, ul. Orzeszkowej 6, 19-300 Ełk,
tel. (87) 621 29 00; celem objęcia domową opieką paliatywną.

Rozpoznanie

.....kod/ICD 10

Leczenie przyczynowe zakończone. Pacjent zakwalifikowany do leczenia objawowego.

..... dnia

.....
Podpis i pieczęć lekarza