……..,dnia……..20……..r.

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

SKIEROWANIE DO SZPITALA

Kieruję Panią(Pana)……..lat……..……
Imię i nazwisko

adres…….

PESEL | | | | | | | | | | | ……telefon……..

Do Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II, al. Wojska Polskiego 30, 10-229 Olsztyn,

Hospicjum Stacjonarne

Rozpoznanie……
(w języku polskim)

…… kod (ICD10)…….

Termin uzgodnionego przyjęcia…….

……
Czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego

……
(miejscowość, data)

Pieczęć, adres, telefon, numer umowy

Uwagi Hospicjum Stacjonarnego:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem…….

Termin przyjęcia do Hospicjum Stacjonarnego Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II……

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent……
Data ur. ……
Przyczyna ewentualnej odmowy/zalecenia ……
……
……

……
Czytelny podpis i pieczątka lekarza