

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



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

SKIEROWANIE

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

adres.....

PESEL

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

.....telefon.....

Do Centrum Opieki Paliatywnej, Aleja Wojska Polskiego 30, 10-229 Olsztyn,

Hospicjum Domowe

Rozpoznanie.....
(w języku polskim)

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

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....
Czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego

.....
(miejsowość, data)

Pieczęć, adres, telefon, numer umowy

Uwagi Centrum Opieki Paliatywnej:

Data zgłoszenia się ze skierowaniem.....

Termin przyjęcia do Hospicjum Domowego Centrum Opieki Paliatywnej

Informacja dla lekarza kierującego

Pacjent.....

Data ur.

Przyczyna ewentualnej odmowy/zalecenia

.....

.....

.....
Czytelny podpis i pieczętka lekarza