

.....,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 , al. Wojska Polskiego 30, 10-229 Olsztyn,

Hospicjum Stacjonarne

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

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

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....
Czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego