Pieczątka podmiotu kierującego REGON

 …………………………………………dn. ………………………………..

**SKIEROWANIE DO HOSPICJUM STACJONARNEGO**

Kieruję Pana /Panią ……………………………………………………………………….

Pesel ……………………………………………………………………………………....

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

Z rozpoznaniem …………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………….

kod(ICD 10) ………………

U pacjenta/ pacjentki zakończono leczenie przyczynowe.

Proszę o objęcie leczeniem objawowym.

 ............................................................

 podpis i pieczęć lekarza