

SKIEROWANIE DO HOSPCJUM STACJONARNEGO

Kieruję Pana / Panią.....lat.....

adres.....

PESEL telefon.....

do HOSPCJUM STACJONARNEGO GRUPA ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Rozpoznanie.....

w języku polskim

.....kod(ICD 10).....

Termin uzgodnionego przyjęcia.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

pieczęć hospicjum

.....
(miejsowość, data)

Data zgłoszenia się ze skierowaniem.....

Termin przyjęcia do hospicjum:.....

Informacja dla lekarza kierującego w przypadku odmowy przyjęcia do hospicjum

Pacjent.....

(imię i nazwisko)

Data ur.

Przyczyna ewentualnej odmowy / zalecenia:

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza