

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny podmiotu leczniczego

.....dnia.....20.....r
miejsowość

SKIEROWANIE DO PORADNI MEDYCZYNY PALIATYWNEJ

.....
nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem paliatywno-hospicyjnym*

Panią (Pana)....., lat.....

Adres.....

PESELtelefon.....

Rozpoznanie.....
(w języku polskim)

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

Cel porady (uzasadnienie).....

Badania dotychczas wykonane.....

.....

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

właściwe podkreślić*

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....