

Jednostka kierująca:

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

Data:

Warszawskie Hospicjum dla Dzieci
ul. Agatowa 10
03-680 Warszawa
fax 22 678 99 32

SKIEROWANIE

Proszę o objęcie domową opieką paliatywną naszego pacjenta.

Imię i nazwisko:

PESEL (w razie braku data urodzenia):

Adres:

.....

Telefon:

Rozpoznanie:

ICD-10:

Choroba jest nieuleczalna. Obecnie wyczerpano możliwości leczenia dziecka w szpitalu i zakończono postępowanie mające na celu przedłużanie życia.

Lekarz kierujący:

.....

Telefon:

pieczęć, podpis lekarza, data

Ordynator:

.....

pieczęć, podpis ordynatora, data

Dodatkowe dane dla potrzeb NFZ:

REGON

Część VII kodu resortowego

Część VIII kodu resortowego

Numer prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego