

..... dn,.....

.....

Pieczęć instytucji kierującej

Skierowanie do hospicjum domowego

Uprzejmie proszę o objęcie opieką hospicyjną domową

Pana/Panią.....

Pesel..... Wiek pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

.....Telefon kontaktowy.....

Z rozpoznaniem klinicznym (ICD).....

Rozpoznanie histopatologiczne.....

.....

Jeżeli brak weryfikacji histopatologicznej- przyczyna.....

.....

Dotychczasowe leczenie przyczynowe:

.....

.....

Jeżeli brak leczenia przyczynowego – powód

.....

Czy zakończono leczenie przyczynowe.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza kierującego)

Ośrodek Działalności Leczniczej Caritas A.W.

05-870 Błonie, ul. Powstańców 8a, Tel. 22/ 214 11 52; 22/ 214 11 65

e-mail: blonie@caritas.pl