



..... dn. / /r.



SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DOMOWEGO

Proszę o objęcie opieka hospicyjną domową

Pana/Panią

.....

PESEL Wiek pacjenta

Adres zamieszkania

.....

Telefon kontaktowy

Rozpoznanie kliniczne:

ICD – 10 (słownie)

Rozpoznanie histopatologiczne

.....

Jeżeli brak weryfikacji histopatologicznej – przyczyn

.....

Dotychczasowe leczenie przyczynowe:

.....

Jeżeli brak leczenia przyczynowego – powód

.....

Czy zakończono leczenie przyczynowe: TAK / NIE

.....

(pieczęć i podpis lekarza kierującego)