

Pieczczę jednostki kierującej

.....

miejsowość, data

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DOMOWEGO

VitalAire Sp. z o.o.
ul. Miła 6 lok. B
00-180 Warszawa
tel.: 22 823-12-96

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Telefon:

Rozpoznanie:

.....

ICD – 10 :

U pacjentki/ta zakończono leczenie przyczynowe. Proszę o objęcie leczeniem objawowym

UWAGI.....

.....

podpis i pieczęć lekarza