……..................................

 data i miejscowość

 …………………………

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

(POZ,Szpital)

 SKIEROWANIE

Kieruję Panią/Pana…………………………………………………………………

PESEL:………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………

Do Hospicjum Stacjonarnego w Olkuszu ul. Gwarków 4a.

Rozpoznanie:……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….

U pacjenta/pacjentki zakończono leczenie przyczynowe.

Proszę o objęcie leczeniem objawowym.

 ……………………………

 Pieczątka i podpis lekarza kierującego