……..................................

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