

Jednostka kierująca:

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej z numerem region i numerem umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia

Data: .....

## SKIEROWANIE do Hospicjum Domowego dla Dzieci

**Proszę o objęcie domową opieką paliatywną dziecka :**

Imię i nazwisko: .....

PESEL (w razie braku data urodzenia): .....

Adres: .....

.....

Telefon: .....

Rozpoznanie: .....

ICD-10: .....

**Choroba dziecka ma charakter nieuleczalny oraz postępujący i zgodnie z obecną wiedzą medyczną wyczerpano możliwości leczenia przyczynowego.**

Lekarz kierujący: .....

.....

Telefon: .....

pieczęć, podpis lekarza, data

Ordynator: .....

.....

pieczęć, podpis ordynatora, data

UWAGI LEKARZA KIERUJĄCEGO:

.....

.....

.....