

..... dn.

.....
(pieczęć kliniki)

Skierowanie do hospicjum domowego

Uprzejmie proszę o objęcie opieką hospicyjną domową

Panią/Pana.....

posługującą/posługującego się numerem PESEL.....

zamieszkałą/zamieszkałego

z rozpoznaniem

U pacjentki/pacjenta zakończono leczenie przyczynowe.

Prosimy o objęcie leczeniem objawowym.

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza kierującego)

Hospicjum Domowe „SOKRATES”
05-800 Pruszków, ul. Armii Krajowej 2/4
tel. +48 602-43-21-84, tel./fax 22 415-00-20
www.hospicjumsokrates.pl

Hospicjum posiada kontrakt z NFZ