

.....,dnia.....20.....r.



pieczęć jednostki
kierującej,
adres, telefon, kod, nazwa komórki
organizacyjnej
numer identyfikacyjny
(UMOWY)
świadczeniodawcy

**SKIEROWANIE
DO PORADNI MEDYCyny PALIATYWNEJ
IM. JANA PAWŁA II**

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym

Panią(Pana).....lat.....

Imię i nazwisko

adres.....

PESEL

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

.....telefon.....

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

..... kod (ICD10).....

Cel porady (uzasadnienie).....

.....

Badania dotychczas wykonane.....

.....

*właściwe podkreślić

Uwagi poradni Medycyny Paliatywnej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....

.....
Czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego