

Jednostka kierująca:

data:

**Skierowanie**  
**do NZOZ „Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci”**  
**ul. Hetmańska 21/226; 35-045 Rzeszów**  
**tel/fax: 017 853 48 18**

Proszę o objęcie domową opieką paliatywną naszego pacjenta:

Imię i nazwisko:.....  
PESEL:.....  
Adres:.....  
.....  
Telefon:.....

Rozpoznanie:  
.....  
.....  
.....

ICD-10:.....

Obecnie wyczerpano możliwości leczenia pacjenta w szpitalu.

Lekarz kierujący:.....  
Telefon:.....