

.....
Pieczęć Świadczeniodawcy

.....
Data skierowania

I kod resortowy ZOZ: 22-.....
Umowa z POW NFZ nr:

SKIEROWANIE DO POMORSKIEGO HOSPICJUM DLA DZIECI

DANE KIERUJĄCEGO:

.....
nazwa jednostki organizacyjnej zakładu kierującego wraz z **kodem V część systemu** resortowych kodów identyfikacyjnych

.....
nazwa komórki organizacyjnej wraz z **kodem VII część systemu** resortowych kodów identyfikacyjnych

DANE PACJENTA:

..... płęć: K M
imię i nazwisko

data urodzenia: PESEL,

dane przedstawiciela ustawowego:

adres zamieszkania

ROZPOZNANIE ustalone przez kierującego

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ICD-10

Choroba jest nieuleczalna. Obecnie wyczerpano możliwości leczenia przyczynowego. Rodzice/opiekunowie zostali w pełni poinformowani o stanie zdrowia dziecka. Proszę o objęcie pacjenta domową opieką paliatywną.

.....
Lekarz kierujący pieczęcią i podpis