

.....
Pieczęć Świadczeniodawcy

.....
Data skierowania

Nr księgi rejestrowej

Umowa z POW NFZ nr:

SKIEROWANIE DO POMORSKIEGO HOSPICIUM 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:

.....
imię i nazwisko

płeć: K M

data urodzenia: PESEL

dane przedstawiciela ustawowego:

adres zamieszkania

ROZPOZNANIE (KOD ICD-10) wskazanie do domowej opieki hospicyjnej ustalone przez kierującego

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

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 pieczętka i podpis