pieczątka zakładu kierującego Data:……

Skierowanie do Hospicjum Domowego dla Dzieci
Caritas Diecezji Kieleckiej (Kod: 2181)

Proszę o objęcie opieką hospicyjną pacjenta:

Imię i nazwisko:.....
Adres zamieszkania.....
Data urodzenia: ……..
PESEL.....
Rodzic/opiekun prawny.....
Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie podstawowe – kwalifikujące pacjenta do opieki hospicyjnej
.....
.....
.....
..... **ICD 10:** .....
Pozostałe rozpoznanie:.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że obecnie wyczerpano możliwości diagnostyki i leczenia przyczynowego w szpitalu i dalsza opieka ma charakter leczenia objawowego.

……
Lekarz kierujący
(pieczątka i podpis)

Zespół Placówek Lecznictwa Ambulatoryjnego
Caritas Diecezji Kieleckiej