

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczęć zakładu

.....  
Numer umowy z NFZ

**SKIEROWANIE DO OBJĘCIA OPIEKĄ W HOSPICJUM DOMOWYM**

**NZOZ „OPIEKUN”**

**41 266-12-13**

Celem dalszego leczenia objawowego

Pacjenta:

.....  
(imię i nazwisko)

PESEL

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

.....  
(adres)

**Kod ICD-10** .....

Dgn: .....

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć lekarza