

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

--

....., dnia ..... 20....r

## SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DOMOWEGO DLA DOROSŁYCH

Proszę o objęcie domową opieką paliatywną pacjenta

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia ..... Płeć .....

Adres.....

PESEL ..... telefon.....

W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego .....

Adres opiekuna prawnego .....

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

.....kod(ICD10).....

Cel porady (uzasadnienie).....

.....

Uwagi lekarza kierującego

.....

.....

.....

czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

### **Dodatkowe dane potrzebne NFZ:**

**Kod Świadczeniodawcy**

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

**Część VII Kodu resortowego**

--	--	--

**Część VIII kodu resortowego**

--	--	--	--

**Numer prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego**

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