

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

--

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

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DOMOWEGO DLA DZIECI

Proszę o objęcie domową opieką paliatywną dziecka

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia Płeć

Adres.....

PESELtelefon.....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

Adres przedstawiciela ustawowego

Rozpoznanie.....

(w języku polskim)

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

**Choroba dziecka ma charakter nieuleczalny oraz postępujący i zgodnie z
obecną wiedzą medyczną wyczerpano możliwości leczenia przyczynowego.**

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

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