

Jednostka kierująca

Data.....

SKIEROWANIE

Do NZOZ WSPARCIE Sp. z o.o. ul. Poniatowskiego 53/3, Jarosław 37-500

Tel. 668 820 008

Proszę o objęcie opieką paliatywną naszego pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

Telefon:

Rozpoznanie:

.....

.....

ICD-10:

Obecnie wyczerpano możliwości leczenia pacjenta w szpitalu.

Lekarz kierujący:

Telefon:

HOSPICIUM DOMOWE

NZOZ WSPARCIE Sp. z o.o. ul. Poniatowskiego 53/3, Jarosław 37-500

Tel: 16 621 84 28, Tel: 668 820 008