……………………………, dnia…………………………

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

**SKIEROWANIE DO ODDZIAŁU OPIEKI PALIATYWNO – HOSPICYJNEJ**

Kieruje Pana/Panią …………………………………………………………………………………………………………………

PESEL……………………………………………………do Oddziału Paliatywno – Hospicyjnego

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie …………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pieczątka i podpis lekarza