

Jednostka kierująca:

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

data wystawienia:

Stowarzyszenie Hospicjum im. św. Wawrzyńca
ul. Dickmana 6, 81-109 Gdynia
tel/fax: 58 665 66 55 www.hospicjum.gdynia.pl
Organizacja Pożytku Publicznego **KRS 000044542**



**BURSZTYNOWA
PRZYSTAŃ**
hospicjum dla dzieci

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DOMOWEGO / STACJONARNEGO*

Proszę o przyjęcie pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL (w razie braku data urodzenia):

Adres:

.....

Telefon:

Rozpoznanie:

Rozpoznanie według ICD-10:

Choroba dziecka jest nieuleczalna.

Obecnie wyczerpano możliwości leczenia przyczynowego dziecka.

Lekarz kierujący:

.....

Telefon:

pieczęć, podpis lekarza, data

Ordynator / Kierownik :

.....

pieczęć, podpis ordynatora, data

Dodatkowe dane dla potrzeb NFZ:

REGION Część VII kodu resortowego Część VIII kodu resortowego

Numer prawa wykonywania zawodu lekarza kierującego

* **proszę podkreślić właściwe**