

pieczęć świadczeniodawcy wystawiającego

SKIEROWANIE DO OPIEKI PALIATYWNEJ W WARUNAKCH SZPITALA / OPIEKI DOMOWEJ *

Data wystawienia

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Dane pacjenta

Kasa chorych

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nr karty ubezpieczeniowej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwisko

Imię

Imię drugie

Adres

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokal.

Skierowanie

Proszę o leczenie pacjenta w oddziale / domu

kod kom. org.

U pacjenta rozpoznano

Kod CD10 rozp.

zasadniczego

Rozpoznano

Kod rozpoz.

współistniejącego

Rozpoznano

UWAGI

.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza kierującego