

Jednostka kierująca:

data: \_\_\_\_\_

**SKIEROWANIE**  
**do „Podkarpackiego Hospicjum dla Dzieci”**  
**ul. Lwowska 132, 35-301 Rzeszów**  
Biuro tel/fax: 17 853-48-18  
Kierownik: 662-033-509

Proszę o objęcie opieką paliatywną naszego pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres: .....

.....

Telefon: .....

Rozpoznanie: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ICD-10: .....

Obecnie wyczerpano możliwość leczenia w szpitalu.

Lekarz kierujący: .....

Telefon: .....

Dane Rodzica/ Opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....