

Miejscowość..... Data.....

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

(POZ, Szpitala)

SKIEROWANIE

Kieruję Pana/Panią

PESEL

do Hospicjum Stacjonarnego EWDOMED ul. Piasta 21, 05-510 Konstancin-Jeziorna.

Rozpoznanie:

.....

ICD-10:

.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego