

Pieczęć jednostki kierującej

....., dnia .....

**SKIEROWANIE**  
**do Oddziału Medycyny Paliatywnej**  
**Szpitala Zakonu Bonifratrów w Katowicach sp. z o.o.**

Proszę o objęcie leczeniem specjalistycznym

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Pesel 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 telefon .....

**DANE OPIEKUNA:**

Nazwisko i imię: ..... pokrewieństwo:.....

Adres: ..... telefon:.....

Gdzie chory obecnie przebywa:.....

Czy chory wyraża świadomą zgodę na objęcie go opieką? - **TAK/NIE**

**Rozpoznanie zasadnicze:**

.....

**ICD10** ..... data rozpoznania: .....

Opis aktualnego stanu zdrowia i czy stan ten wynika z choroby zasadniczej (dolegliwości, świadomość choroby):.....

.....

Obecne leczenie (nazwy leków, dawkowanie):.....

.....

**DO SKIEROWANIA DOŁĄCZYĆ KOPIĘ DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH**  
**POTWIERDZAJĄCYCH ROZPOZNANIE ZASADNICZE**

.....  
Data skierowania

.....  
Podpis i pieczęć lekarza