Pieczęć instytucji: Data:

**Skierowanie**

**do Lubelskiego Hospicjum dla Dzieci**

**im. Małego Księcia Stacjonarna Opieka Paliatywna**

**20-828 Lublin, ul. Lędzian 49**

Proszę o objęcie stacjonarną opieką hospicyjną pacjenta:

**Imię i nazwisko:**.............................................................................................................

**Adres:.**..............................................................................................................................

**PESEL..**...........................................................................................................................

**Rozpoznanie**:

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................

**ICD10:**

Obecnie wyczerpano możliwości diagnostyki i leczenia pacjenta w szpitalu.

**Lekarz kierujący** (pieczątka i podpis): Telefon kontaktowy: