

Pieczęć instytucji:

Data:

**Skierowanie do  
Lubelskiego Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia  
Stacjonarna Opieka Paliatywna  
20-828 Lublin u.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**  
(pieczętka i podpis):

Telefon kontaktowy: