

.....
Pieczęć jednostki kierującej

.....
miejsowość, data

SKIEROWANIE
do Stacjonarnego Ośrodka Opieki Paliatywnej
Inter.Med.Sp z o.o.

34 – 311 Czernichów, ul.Strażacka 4
tel.500611974 lub 33/8670147, e-mail: czernichow@centrumadfinem.pl

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
PESEL	
Tel.kontaktowy	
Rozpoznanie	
KOD ICD-10	
Chory zakwalifikowany do leczenia onkologicznego	Tak* Nie*
Leczenie onkologiczne niemożliwe	Tak* Nie*

* - właściwe zakreślić

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza