

Pieczęć podmiotu kierującego

data wystawienia

NR księgi rejestrowej

KOD RESORTOWY Cz. VII \_ \_ \_ \_ cz VIII \_ \_ \_ \_

Nr umowy z NFZ

**Proszę o objęcie domową opieką paliatywną pacjenta:**

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

**Data i miejsce urodzenia:** ..... **Płeć K / M**

**Adres zamieszkania** .....

**Imię i nazwisko opiekuna** ..... **Telefon** .....

**Rozpoznanie kwalifikujące do opieki paliatywnej wg ICD-10**

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

**Choroby współistniejące**

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

**Choroba jest nieuleczalna i obecnie wyczerpano możliwości leczenia przyczynowego.**

**Rodzice/opiekunowie zostali w pełni poinformowani o stanie zdrowia pacjenta przez lekarza kierującego.**

**Tel do lekarza kierującego:**

Lekarz kierujący  
pieczęć z nr PWZL i podpis