…………………………………………..

*miejscowość, data*

*Pieczęć jednostki kierującej*

**SKIEROWANIE DO HOSPICJUM do**

**VitalAire sp. z o.o.**

**(dawniej: HELP VitalAire Sp. z o.o. oraz St. Vincent Medical Center Sp. z o.o.)**

**ul. Strzeszyńska 33**

**60-479 Poznań**

**tel.: 61 869 93 88**

Imię: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ICD – 10 : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………



*podpis i pieczęć lekarza*