

*pieczęć zakładu kierującego*

**SKIEROWANIE  
DO HOSPICJUM DOMOWEGO  
ZESPOŁU OPIEKI PALIATYWNEJ „PALIUM”  
42-202 CZĘSTOCHOWA, UL. KRAKOWSKA 45A  
tel. 34 360 54 91, 360 55 37, 504 017 924**

CELEM DALSZEGO LECZENIA OBJAWOWEGO PACJENTA:

.....  
*imię i nazwisko pacjenta*

.....  
*adres*

.....  
*PESEL*

*Diagnoza:*

.....  
*data*

*podpis i pieczęć lekarza*

---