

Wieliszew, dn. ....

.....  
(pieczętka jednostki kierującej)

**SKIEROWANIE  
DO PODODDZIAŁU MEDYCYNY PALIATYWNEJ  
Mazowieckiego Szpitala Onkologicznego w Wieliszewie**

Kieruję Panią/Pana .....

PESEL.....

Adres zamieszkania .....

Z rozpoznaniem .....

U pacjenta/pacjentki zakończono leczenie przyczynowe.

Prosimy o objęcie leczeniem objawowym.

.....  
(Pieczętka i podpis lekarza)