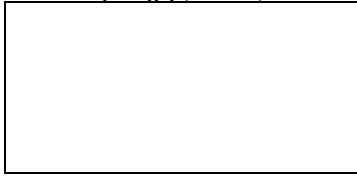


pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon
kod, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



.....dnia.....20....r

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

HOSPICJUM DOMOWE DLA DZIECI

nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią (Pana) lat.....

Adres

.....

PESEL

telefon.....

Rozpoznanie WADA PŁODU:

.....

..... kod(ICD10)

(w języku polskim)

Cel porady (uzasadnienie) PERINATALNA OPIEKA PALIATYWNA.

Badania dotychczas

wykonane.....

.....

.....

właściwe podkreślić*

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady

W celu umówienia pierwszej wizyty prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem +48 42 207 28 60 lub +48 722 202 288 (od poniedziałku do piątku w godzinach 9-16)