

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

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

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM DLA DZIECI DOLNEGO ŚLĄSKA „FORMUŁA DOBRA”

ul. Benedyktyńska 12, 50-350 Wrocław

Proszę o poradę specjalistyczną, objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią

Adres

PESEL (matki dziecka)

Rozpoznanie (u dziecka) kod(ICD10).....
(w języku polskim) kod rozpoznania choroby dziecka
z zakresu P00-P96, Q00-Q99

Cel porady (uzasadnienie) PERINATALNA OPIEKA PALIATYWNA

Badania dotychczas wykonane

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

właściwe podkreślić*

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem.....

Termin wyznaczonej porady.....