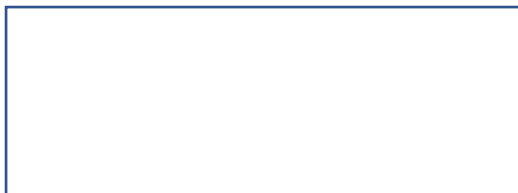


pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon  
kod, nazwa komórki organizacyjnej  
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy



....., 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 ANNA KOWALSKA , lat 35

Adres WROCŁAW, UL. TRAUGUTTA 15,

PESEL (matki dziecka) 00000000000 .....

Rozpoznanie (u dziecka) WADA PŁODU, TRISOMIA 13..... 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.....