pieczęć jednostki kierującej, nazwa i adres podmiotu,
numer REGON, telefon lub adres poczty elektronicznej
kod cz. I, V, VII, VIII, nazwa komórki organizacyjnej
numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

Wrocław, dnia 01.01.2000 r.

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM PERINATALNEGO

Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska „Formuła Dobra”

ul. Benedyktyńska 12, 50-350 Wrocław

Imię i nazwisko pacjentki **ANNA KOWALSKA**

Adres zamieszkania **54-015 WROCŁAW, UL. OCEANICZNA 1**

PESEL pacjentki **XXXXXXXXXXX**

Rozpoznanie zasadnicze (u dziecka) **Mnogie wrodzone wady rozwojowe, nieokreślone** (ICD 10) **Q 89.7**
kod rozpoznania choroby dziecka
z zakresu P00-P96, Q00-Q99

Rozpoznanie współistniejące Ubytek przegrody międzykomorowej (ICD 10) Q 21.0

…….. (ICD 10) ……

Cel porady: **opieka paliatywna i hospicyjna** **(ICD 9) 89.06**

Badania dotychczas wykonane / inne informacje lub dane: **Amniopunkcja**

.....

.....

Adres miejsca wystawienia skierowania:

.....

.....
Podpis i pieczątka lekarza kierującego