

....., dnia r.

.....
Pieczętka placówki kierującej

**Skierowanie do Hospicjum Perinatalnego
prowadzonego przez Lubelskie Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia
ul. Łędzian 49, 20-828 Lublin**

Proszę o poradę specjalistyczną /objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią

Adres

PESEL

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

Cel porady (uzasadnienie): **Objęcie opieką perinatalną**

Badania dotychczas wykonane

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego

**właściwe podkreślić*

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Termin wyznaczonej porady

W celu umówienia pierwszej wizyty prosimy o kontakt telefoniczny z koordynatorem:

607 330 482 lub 531 506 681 lub 509 733 164.

