

 …………………………, dnia ..…..………………….. r.

*…………………………………………………………….
 Pieczątka placówki kierującej*

**Skierowanie do Hospicjum Perinatalnego**

**prowadzonego przez Lubelskie Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia**

**ul. Lędzian 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 pieczątka 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.