…………………………, dnia ..…..………………….. r.

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

**Skierowanie do Poradni Psychologicznej**

**przy Lubelskim Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia**

**ul. Lędzian 49, 20-828 Lublin**

Proszę o poradę specjalistyczną /objęcie leczeniem specjalistycznym\*

Panią ……………………………………………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………

PESEL ………………….……………………………………… Tel. ……………………………….................

Rozpoznanie …………………………………………………………………………………………………………………... *(w języku polskim)*

kod(ICD10) ………………………………………………………………………………………….………………………..

Cel porady (uzasadnienie): **Porada psychologiczna**

Badania dotychczas wykonane ............................................................................................................

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

 .............................................................

  *czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego*

*\*właściwe podkreślić*

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem ........................
Termin wyznaczonej porady ...................................................