

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

....., dnia.....20.....r

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

Krakowskie Hospicjum dla Dzieci im. Ks. Józefa Tischnera
Nazwa poradni

Proszę o poradę specjalistyczną / objęcie leczeniem specjalistycznym*

Panią (Pana) lat

Adres

PESEL telefon.....

Rozpoznanie WADA PŁODU:

..... kod(ICD10)

(w języku polskim)

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

**W celu umówienia pierwszej wizyty prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem telefonu:
663 814 005.**