……, dnia ……. r.

……
Pieczątka placówki kierującej

SKIEROWANIE DO PERINATALNEJ OPIEKI PALIATYWNEJ

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 ……

……

……

**właściwe podkreślić*

……
Czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego

Uwagi poradni specjalistycznej:

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem ……..

Termin wyznaczonej porady ……..