

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) ANNĘ NOWAK ..... lat 28 .....

Adres Kraków, ul. Różana 11 .....

PESEL XXXXXXXXXXXX..... telefon XXX-XXX-XXX .....

Rozpoznanie WADA PŁODU:

Trisomia 18 .....

..... kod(ICD10) Q 91.1 .....

(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.**