



Pieczęć podmiotu kierującego

data wystawienia

NR księgi rejestrowej

KOD RESORTOWY Cz. V __ __ cz VIII __ __ __

Nr umowy z NFZ

SKIEROWANIE DO HOSPICJUM PERINATALNEGO TULIPANI

prowadzonego przez HOSPICJUM POMORZE DZIECIOM

Ul. Ugory 9, 80-663 Gdańsk

Proszę o objęcie perinatalną opieką paliatywną pacjenta:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL

Płeć K / M

Adres zamieszkania

Telefon

Rozpoznanie kwalifikujące do perinatalnej opieki paliatywnej wg ICD-10 (P00-P96, Q00-Q99)

Tel do lekarza kierującego:

Lekarz kierujący
pieczęć z nr PWZL i podpis