Miejscowość…………………………………………

Data…………………………………………………….

Pieczęć podmiotu kierującego, adres, telefon

VII i VIII kod resortowy, nazwa komórki organizacyjnej,

Numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

**SKIEROWANIE DO PERINATALNEJ OPIEKI PALIATYWNEJ**

Proszę o objęcie Perinatalną Opieką Paliatywną pacjenta:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon

**Rozpoznanie kwalifikujące do Perinatalnej Opieki Paliatywnej wg ICD-10
(P00-P96, Q00-Q99)**

Czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego