

pieczętka zakładu kierującego

Data:

**Skierowanie do Hospicjum Perinatalnego Caritas Diecezji Kieleckiej
25-624 Kielce, ul. Księcia Mieszka I 48c**

Proszę o objęcie perinatalną opieką paliatywną:

Imię i nazwisko matki dziecka:

PESEL

Adres zamieszkania:

Nr telefonu*:

Rozpoznanie prenatalne

.....

..... ICD10 (z zakresu P00-P96, Q00-Q99)

Badania dotychczas wykonane

.....

.....

Uwagi poradni specjalistycznej:

Cel porady: perinatalna opieka paliatywna

.....
pieczętka i podpis lekarza kierującego

W celu umówienia pierwszej wizyty prosimy o kontakt telefoniczny z koordynatorem: 784 598 315.

Data zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem

Termin wyznaczonej porady



Zespół Placówek Opiekuńczo-Lecznicznych Caritas Diecezji Kieleckiej

* Informujemy, że podanie numeru telefonu Pacjenta i/lub osoby z rodziny jest dobrowolne, jednak niepodanie tych danych będzie skutkowało brakiem możliwości skontaktowania się przez personel medyczny.