

Pieczęć jednostki kierującej

....., dnia .....

## SKIEROWANIE do Perinatalnej Opieki Paliatywnej

**Proszę o poradę specjalistyczną / objęcie leczeniem specjalistycznym**

**Imię i nazwisko** .....

**Adres** .....

**Pesel**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**telefon** .....

**Rozpoznanie** .....

W języku polskim

**Kod ICD10** .....

Kod rozpoznania choroby dziecka  
z zakresu P00-P96, Q00-Q99

**Cel porady (uzasadnienie):** Perinatalna Opieka Paliatywna

**Badania dotychczas wykonane:**

.....  
.....  
.....

**Opis:**

.....  
.....  
.....

.....  
Data skierowania

.....  
Podpis i pieczęć lekarza