



Tulipani
HOSPICJUM PERINATALNE

**hospicjum pomorze
dzieciom**

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. Hallera 140, 80-416 Gdańsk

Proszę o objęcie perinatalnego opieka 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
pieczętka z nr PWZL i podpis

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 83/2017/DSOZ skierowanie wystawia **lekarz ubezpieczenia zdrowotnego** zatrudniony w:

- ośrodka diagnostyki prenatalnej
- ośrodka kardiologii prenatalnej
- zakładzie genetyki