

Pieczęć placówki kierującej

Data.....

Hospicjum Domowe  
Stacja Opieki Caritas  
ul. Kościuszki 86  
10-555 Olsztyn

### **SKIEROWANIE DO HOSPICJUM PERINATALNEGO**

Imię i nazwisko pacjentki.....

PESEL pacjentki.....

Rozpoznanie prenatalne.....

Tydzień ciąży.....

#### **UWAGA!**

**Konsultacje odbywają się w ciągu 5 dni po wcześniejszym umówieniu się.**

**Prosimy o kontakt z psychologiem dyżurnym hospicjum perinatalnego: tel. 663200130 lub 501239189**

Pieczęć i podpis lekarza