

 Data…………………………………………

…………………..…………………..

Pieczęć placówki kierującej

**SKIEROWANIE DO HOSPICJUM PERINATALNEGO**
**PRZY KLINICZNYM ODDZIALE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII
SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE**

Imię i nazwisko pacjentki ………………………………………………………………………………….

PESEL pacjentki

Rozpoznanie prenatalne

Tydzień ciąży

 Pieczęć i podpis lekarza