

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