Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE - NFZ

Proszę o wykonanie badań prenatalnych u pacjentki

Imię

Nazwisko

Pesel

Tydzień ciąży ……. *

Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych:

(proszę zaznaczyć jedno ze wskazań zakreślając odpowiednie pole)

- ☐ Wiek matki powyżej 35 lat
- ☐ Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu **
- ☐ Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka **
- ☐ Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikowo **
- ☐ Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko abberacji chromosomowej lub wady płodu **

__ __ - __ __ - __ __

Data zlecenia dd-mm-rr

INFORMACJA DLA PACJENTA
Prosimy o wcześniejszą rejestrację tel. 81 532 37 11
Pon.- pt. godz.: 7:00-19:00, sob.: 8:00-14:00

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego

* Obowiązkowo wpisać

** Wskazanie powinno być potwierdzone dokumentacją medyczną: wyniki badań, karta informacyjna ze szpitala itp., które należy dołączyć do skierowania.