

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęćka jednostki kierującej (dane z numerem REGON)

SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH NFZ

PORADNICTWO I USG PŁODU W KIERUNKU DIAGNOSTYKI WAD WRODZONYCH
PORADNICTWO I BADANIA BIOCHEMICZNE
POBRANIE MATERIAŁU PŁODOWEGO DO BADAŃ GENETYCZNYCH

Imię i nazwisko pacjentki:

PESEL:

Data urodzenia:

Wiek ciąży (w tygodniach):

Tel. kontaktowy:

Proszę o wykonanie u pacjentki badania:

Proszę zaznaczyć X poniżej

- I TRYMESTR CIĄŻY pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży
- II TRYMESTR CIĄŻY pomiędzy 18. a 22. tygodniem i 6. dniem ciąży
- PORADA GENETYCZNA
- AMNIOPUNKCJA

.....
Lekarz zlecający (podpis i pieczęć z NPWZ)

**Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną w celu
umówienia dogodnego dla Państwa terminu.
Gabinety Kasińskiego
ul. Kasińskiego 61 lok. 46, 01-755 Warszawa, Tel.: +48 518 663 814**