



.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć jednostki kierującej (dane numerem REGON)

SKIEROWANIE DO PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH NFZ

PORADNICTWO I USG PŁODU W KIERUNKU DIAGNOSTYKI WAD WRODZONYCH
PORADNICTWO I BADANIA BIOCHEMICZNE

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

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

**Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną w celu
uwzględnienia dogodnego dla Państwa terminu.
Gabinet Kasiński 61/46, Tel: +48 518 663 814.**

