



Gabinety
Kasiński

Pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon, kod, nazwa komórki organizacyjnej, numer identyfikacyjny (UMOWY) świadczeniodawcy

....., dnia.....20.....r.

SKIEROWANIE DO PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH
GABINETY KRASIŃSKIEGO
Ul. Kasiński 61 lok.46 , 01-755 Warszawa
Rejestracja telefoniczna w godz. 08:00-18:00
Tel. 518 663 814

Proszę o poradę

Panią , lat.....

Adres..... telefon.....

PESEL

Rozpoznanie.....
(w języku polskim)

.....kod (ICD10).....

NFZ (wskazania) :

- wiek matki 35 lat (kalendarzowo) i powyżej
- wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka
- stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka
- stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową
- stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

PRYWATNIE

.....
czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego