Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy
ul. Armii Krajowej 1, 56-400 Oleśnica

SKIEROWANIE NA BADANIE 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 aberracji chromosomowej lub wady płodu **

Data zlecenia dd-mm-rr

INFORMACJA DLA PACJENTA
Prosimy o wcześniejszą rejestrację tel. 71 77 67 420
Pon.-pt. godz.: 7:00-15:00

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.