

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć 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

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)

AUREA
MEDYCYNĄ
PRENATALNA MED

INFORMACJA DLA PACJENTKI:

Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną w celu uwzględnienia dogodnego dla Państwa terminu.

AUREA ul. Dzielna 64/11, Tel: +48 571 809 858.