

PIECZĘĆ GABINETU LEKARSKIEGO / ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE

NAZWISKO

IMIĘ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--

OM

--

TYDZIEŃ CIĄŻY

ROZPOZNANIE

KOD (ICD10)

UWAGI

WAŻNE!

Badanie wymaga wcześniejszej rejestracji. Zalecany okres wykonania badania:

I trymestr ciąży pomiędzy 11 a 14 tygodniem

II trymestr ciąży pomiędzy 18 a 22 tygodniem i 6 dniem ciąży

DATA ZLECENIA

LEKARZ ZLECAJĄCY BADANIE (PIECZĘĆ I PODPIS)