Skierowanie na badanie prenatalne

pieczęć poradni wystawiającej skierowanie

Nazwisko i imię:

Pesel: Płeć: K M

Ulica:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Tel. kontaktowy:

Wskazanie do przeprowadzenia badania refundowanego przez NFZ

- ☐ Wiek matki powyżej 35 lat, ICD-10 **O 26.8**
- ☐ Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka, ICD-10 **Z 87.7**
- ☐ Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka, ICD -10 **Z 87.7**
- ☐ Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową, ICD-10 **Z 13.7**
- ☐ Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększenie ryzyka aberracji chromosomowej lub wady płodu, ICD-10 **O 28.3**

Do skierowania należy dołączyć wynik badania potwierdzającego zasadność wskazania za wyjątkiem rozpoznania „Wiek matki powyżej 35 lat".

pieczęć i podpis lekarza

Data: .....

GYNCENTRUM

KLINIKA LECZENIA NIEPŁODNOŚCI
I DIAGNOSTYKI PRENATALNEJ

Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną, w celu uwzględnienia dogodnego dla Państwa terminu - od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:20 pod numerem telefonu **(32) 359 09 30**

GYNCENTRUM: 40-851 Katowice, Żelazna 1, piętro III

Badanie będzie wykonywane w ramach kontraktu NZOZ 4health

pieczęć poradni

Nazwisko i imię:

Pesel: Płeć: K M

Ulica:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Wynik badania potwierdzającego zasadność skierowania do Programu Profilaktycznych Badań Prenatalnych wraz z opisem nieprawidłowości

Wynik badania:

Rozpoznanie ICD-10.....

Opis nieprawidłowości:

pieczęć i podpis lekarza

Data: .....