Pieczęć gabinetu lekarskiego/ zakładu opieki zdrowotnej *

SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE – NFZ
Proszę o wykonanie badań prenatalnych u pacjentki

Imię

Nazwisko

PESEL

Tydzień ciąży

Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych
(proszę zaznaczyć co najmniej jedno pole)

- ☐ Wiek pacjentki powyżej 35 lat
- ☐ Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowe 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 rrrr-mm-dd

* honorowane są skierowania zarówno z placówek posiadających kontrakt NFZ jak i placówek bez kontraktu np. gabinetów prywatnych

** zaznaczenie wskazania od 2 do 5 wymaga przedstawienia przez pacjentkę wyników badań będących podstawą wystawienia skierowania

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego

Fertina

FERTINA sp. z o.o. sp.k. Warszawa, ul. Dzika 15 lok. C/U/4

Rejestracja pn - pt 8.00 – 20.00
tel. 22-616-13-87, 502-227-404, 609-366-732