Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

Adres:
STOMED
ul. Legionów 23
41-200 Sosnowiec

SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE

Proszę o wykonanie badań prenatalnych u pacjentki

Imię

Nazwisko

PESEL

Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych:

(proszę zaznaczyć jedno ze wskazań zakreślając odpowiednie pole)

- ☐ **Ciąża, niezależnie od wieku matki**
- ☐ 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 abberacji chromosomowej lub wady płodu

INFORMACJE DLA PACJENTA

Data zlecenia dd-mm-rr

Prosimy o wcześniejszą rejestrację
Pn i **Pt** w godz. **8.30 - 16.00**
Wt, Śr, Czw. w godz. **8.30 - 18.00**

tel. 517 066 449
517 855 222

Pieczęć i podpis lekarz zlecającego

Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

Adres:
STOMED
ul. Legionów 23
41-200 Sosnowiec

SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE

Proszę o wykonanie badań prenatalnych u pacjentki

Imię

Nazwisko

PESEL

Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych:

(proszę zaznaczyć jedno ze wskazań zakreślając odpowiednie pole)

- ☐ **Ciąża, niezależnie od wieku matki**
- ☐ 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 abberacji chromosomowej lub wady płodu

INFORMACJE DLA PACJENTA

Data zlecenia dd-mm-rr

Prosimy o wcześniejszą rejestrację
Pn i **Pt** w godz. **8.30 - 16.00**
Wt, Śr, Czw. w godz. **8.30 - 18.00**

tel. 517 066 449
517 855 222

Pieczęć i podpis lekarz zlecającego

Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

Adres:
STOMED
ul. Legionów 23
41-200 Sosnowiec

SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE

Proszę o wykonanie badań prenatalnych u pacjentki

Imię

Nazwisko

PESEL

Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych:

(proszę zaznaczyć jedno ze wskazań zakreślając odpowiednie pole)

- ☐ **Ciąża, niezależnie od wieku matki**
- ☐ 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 abberacji chromosomowej lub wady płodu

INFORMACJE DLA PACJENTA

Data zlecenia dd-mm-rr

Prosimy o wcześniejszą rejestrację
Pn i **Pt** w godz. **8.30 - 16.00**
Wt, Śr, Czw. w godz. **8.30 - 18.00**

tel. 517 066 449
517 855 222

Pieczęć i podpis lekarz zlecającego