

Pieczęć poradni lub gabinetu

Dnia,



SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

Poradnia Badań Prenatalnych

Rodzaj badania (proszę zaznaczyć):

☐ USG 11-14 tydzień + TEST PAPP-A ☐ USG 18-22 tydzień ☐ Amniopunkcja Genetyczna

Dane Pacjentki

.....
Imię i Nazwisko

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

Rozpoznanie – informacje o ciąży

Ciąża.....Tydzień.....
(informacja obowiązkowa)

kod ICD10: Z34



Centrum Medyczne FemMedica
Litewska 4b/1
35-302 Rzeszów
<https://femmedica.pl/>

Podpis i Pieczętka Lekarza Kierującego