

Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

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)

wiek matki powyżej 35 lat

wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka

stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka

stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub

stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

- -
Data zlecenia dd-mm-rr

Lekarz zlecający (pieczęć i podpis)

INFORMACJA DLA PACJENTKI

Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną nr tel. (32) 202 70 90 od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 do 20:00
www.badania-prenatalne.katowice.pl

Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

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)

wiek matki powyżej 35 lat

wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka

stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka

stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub

stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

- -
Data zlecenia dd-mm-rr

Lekarz zlecający (pieczęć i podpis)

INFORMACJA DLA PACJENTKI

Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną nr tel. (32) 202 70 90 od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 do 20:00
www.badania-prenatalne.katowice.pl

Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

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)

wiek matki powyżej 35 lat

wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka

stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka

stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub

stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

- -
Data zlecenia dd-mm-rr

Lekarz zlecający (pieczęć i podpis)

INFORMACJA DLA PACJENTKI

Prosimy o wcześniejszą rejestrację telefoniczną nr tel. (32) 202 70 90 od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 do 20:00
www.badania-prenatalne.katowice.pl