

Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

## SKIEROWANIE DO VOLUMED Gabinetu Specjalistyczne NA BADANIA PRENATALNE

Proszę o wykonanie badań prenatalnych u pacjentki:

Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wskazanie do przeprowadzenia badań prenatalnych:  
(proszę zaznaczyć jedno ze wskazań zakreślając odpowiednie pole)

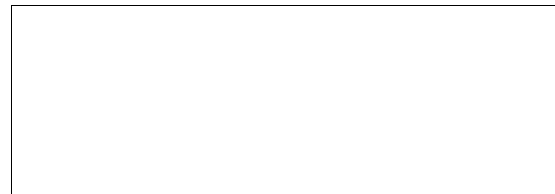
- Wiek matki powyżej 35 lat
- Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu
- Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka
- Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie
- Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

**Do skierowania należy dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą zaznaczone wskazanie, za wyjątkiem – wiek matki powyżej 35 lat!**

Data zlecenia dd-mm-rr \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMACJA DLA PACJENTA**  
**adres: ul. Zdrowa 1/3; 31-216 Kraków**  
**tel. 695490400; (12) 353 72 23**  
www.volumed.pl

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis lekarza zlecającego



Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

## SKIEROWANIE DO VOLUMED Gabinetu Specjalistyczne 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
- Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka
- Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie
- Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

**Do skierowania należy dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą zaznaczone wskazanie, za wyjątkiem – wiek matki powyżej 35 lat!**

Data zlecenia dd-mm-rr \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INFORMACJA DLA PACJENTA**  
**adres: ul. Zdrowa 1/3; 31-216 Kraków**  
**tel. 695490400; (12) 353 72 23**  
www.volumed.pl

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis lekarza zlecającego