

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)

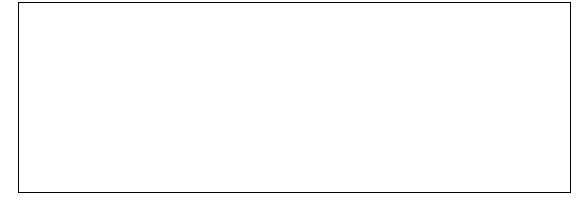
- Wiek matki powyżej 35 lat
- Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu
- Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka
- Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie
- Stwierdzenie 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

Data zlecenia dd-mm-rr ____/____/____

INFORMACJA DLA PACJENTA
**adres: MEDYK ul. Mickiewicza 56;
Sucha Beskidzka**
tel 608 842 988
www.volumed.pl www.medyk.info.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

Data zlecenia dd-mm-rr ____/____/____

INFORMACJA DLA PACJENTA
**adres: MEDYK ul. Mickiewicza 56;
Sucha Beskidzka**
tel 608 842 988
www.volumed.pl www.medyk.info.pl

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego