Załącznik Nr 29 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2022 r.

……………………………………

Oznaczenie świadczeniodawcy

Nr umowy z NFZ

**SKIEROWANIE DO POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ/PSYCHOLOGA\*  
ZWIĄZANE Z ROZPOZNANIEM U CIĘŻARNEJ WADY ROZWOJOWEJ PŁODU**

Dane świadczeniobiorcy (ciężarnej):

Imię i nazwisko …………………….…………………………………………………….……………...………........................

Numer PESEL: I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

Adres zamieszkania: ……………..…………………………………………………………………….………………………..…..…

…....…………..…………………………………………………………………….………………………..Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim) z podaniem kodu klasyfikacji ICD 10:

……………..…………………………………………………………………….………………………..….

……………..…………………………………………………………………….………………………..….

Zalecenie lekarskie:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| .................................................... |  | .................................................... |
| Miejscowość, data |  | Oznaczenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego |

\*Niewłaściwe skreślić