

Oznaczenie świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

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

Dane świadczeniobiorcy (ciężarnej):

Imię i nazwisko

Numer PESEL: | | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania:

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

Zalecenie lekarskie:

Miejscowość, data

podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

*NIEWŁAŚCIWE SKREŚLIĆ