……
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: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

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

Zalecenie lekarskie:
.....
.....
.....
.....
.....
……

....

Miejscowość, data podpis i pieczątka lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

*NIEWŁAŚCIWE SKREŚLIĆ