

.....
Oznaczenie świadczeniodawcy*

**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

.....

Nadruk lub pieczętka zawierająca imię i nazwisko, numer
prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza

* Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON

**NIEWŁĄŚCIWE SKREŚLIĆ