Załącznik Nr 15b do zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 marca 2024 r.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………  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: ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ \_ ǀ | |
| Adres zamieszkania: ................................................................................................................................... | |
| .................................................................................................................................................................... | |
|  | |
| Rozpoznanie lekarskie (w języku polskim) z podaniem kodu klasyfikacji ICD 10: | |
| .................................................................................................................................................................... | |
| .................................................................................................................................................................... | |
|  | |
| Zalecenie lekarskie: | |
| ................................................................................................................................................................ | |
| ................................................................................................................................................................ | |
| ................................................................................................................................................................ | |
| ................................................................................................................................................................ | |
| ................................................................................................................................................................ | |
| ................................................................................................................................................................ | |
|  | |
| ........................................ | ....................................... |
| Miejscowość, data | Nadruk lub pieczątka zawierająca imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu oraz podpis lekarza |
| \* Pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON | |
| \*\*NIEWŁAŚCIWE SKREŚLIĆ | |