

Pieczęć poradni lub gabinetu (z numerem REGON)

Miejscowość

Dzień Mies. Rok

.

.
20

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

Poradnia badań prenatalnych

Rodzaj Badania

U S G C I A Ź Y + T E S T P A P P - A

Dane Pacjentki

<p>Imię</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 22px;"></div>	<p>Nazwisko</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 22px;"></div>
<p>PESEL</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 22px;"></div>	<p>Telefon</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 22px;"></div>
<p>Wiek</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 22px; display: flex; align-items: center;"> L A T </div>	<p>Kod pocztowy</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 22px; display: flex; align-items: center;"> - </div>
<p>Miasto</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 22px;"></div>	<p>Ulica i numer lokalu</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 22px;"></div>

Rozpoznanie

<p>Informacje o ciąży</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> C I A Ź A <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> T Y G O D N I </div>	<p>kod (ICD 10)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 22px; display: flex; align-items: center;"> Z 3 6 </div>
<p>Cel badania (uzasadnienie)</p> <p style="text-align: center;">Z N A C Z N I E Z W I Ę K S Z O N E R Y Z Y K O W A D G E N E T Y C Z N Y C H</p> <p style="text-align: center;">U P Ł O D U Z E W Z G L Ę D U N A :</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	
<p>Badania dotychczas wykonane:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	

Czytelny podpis lekarza