Pieczęć poradni lub gabinetu (z numerem REGON)

Miejscowość

Dzień . Mies. . Rok 20

SKIEROWANIE DO PRACOWNI DIAGNOSTYCZNEJ

Poradnia badań prenatalnych

Rodzaj Badania

USG CIĄŻY

Dane Pacjentki

Imię

Nazwisko

PESEL

Telefon

Wiek LAT

Miasto

Kod pocztowy -

Ulica i numer lokalu

Rozpoznanie

Informacje o ciąży CIĄŻA TYGODNI

kod (ICD 10) Z36

Cel badania (uzasadnienie)

UZUPEŁNIENIE DO BADAŃ PRENATALNYCH I TRYMESTRU

Badania dotychczas wykonane:

Czytelny podpis lekarza