

.....
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 pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego

*NIEWŁĄŚCIWE SKREŚLIĆ