

## skierowanie na badanie PRENATALNE

Imię | \_\_\_\_\_

Nazwisko | \_\_\_\_\_

Adres | \_\_\_\_\_

PESEL | \_\_\_\_\_

### WSKAZANIA DO PRZEPROWADZENIA BADANIA refundowanego przez NFZ

wiek matki powyżej 35 lat

wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka

stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka

stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową

stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ Lekarz zlecający (pieczęć i podpis)

### INFORMACJA DLA PACJENTKI

Rejestracja telefoniczna od poniedziałku do piątku

 **730 740 009**