

DANE PACJENTKI (wypełnić drukowanymi literami)

IMIĘ PACJENTKI

NAZWISKO PACJENTKI

PESEL

DATA URODZENIA - -

ADRES (ulica/nr)

Kod pocztowy/Miasto -

WIEK CIĄŻY W TYG.

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 i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

LEKARZ ZLECAJĄCY

PIECZĘĆ GABINETU LEKARSKIEGO

INFORMACJA DLA PACJENTKI

Badanie wymaga wcześniejszej rejestracji telefonicznej.
Rejestracja wizyty od poniedziałku do soboty w godzinach pracy placówki pod nr tel. 32 783 73 00

DANE PACJENTKI (wypełnić drukowanymi literami)

IMIĘ PACJENTKI

NAZWISKO PACJENTKI

PESEL

DATA URODZENIA - -

ADRES (ulica/nr)

Kod pocztowy/Miasto -

WIEK CIĄŻY W TYG.

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 i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu

LEKARZ ZLECAJĄCY

PIECZĘĆ GABINETU LEKARSKIEGO

INFORMACJA DLA PACJENTKI

Badanie wymaga wcześniejszej rejestracji telefonicznej.
Rejestracja wizyty od poniedziałku do soboty w godzinach pracy placówki pod nr tel. 32 783 73 00