

.....  
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

\*NIEWŁAŚCIWE SKREŚLIĆ