

DANE PACJENTA (wypełnić drukowanymi literami)IMIĘ PACJENTA NAZWISKO PACJENTA PESEL PŁEĆ K M D DATA URODZENIA ADRES (ulica/nr) KOD POCZTOWY **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 chromosomowej wady płodu

LEKARZ GABINET **INFORMACJA DLA PACJENTKI** Data wystawienia skierowaniaBadanie wymaga wcześniejszej rejestracji telefonicznej
Tychy, Boczna 6. Telefon kom. 728813759, stacj. 327231166**DANE PACJENTA** (wypełnić drukowanymi literami)IMIĘ PACJENTA NAZWISKO PACJENTA PESEL PŁEĆ K M D DATA URODZENIA ADRES (ulica/nr) KOD POCZTOWY **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 chromosomowej wady płodu

LEKARZ GABINET **INFORMACJA DLA PACJENTKI** Data wystawienia skierowaniaBadanie wymaga wcześniejszej rejestracji telefonicznej
Tychy, Boczna 6. Telefon kom. 728813759, stacj. 327231166