Pieczęć gabinetu lekarskiego/zakładu opieki zdrowotnej

Radom, dnia_____

**SKIEROWANIE NA BADANIA PRENATALNE – NFZ**
**GRAVMED Sp z o.o. 26-600 Radom ul. Żeromskiego 64**
Proszę o wykonanie badań prenatalnych u pacjentki

Imię

Nazwisko

PESEL

Wiek ciąży: ….....tygodni + …..... dni *

**Wskazania do przeprowadzenia badań prenatalnych:**
(proszę zaznaczyć jedno ze wskazań zakreślając odpowiednie pola)

☐ Wiek matki powyżej 35 lat

☐ Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu**

☐ Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub ojca dziecka**

☐ Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikowo**

☐ Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberacji chromosomowej lub wady płodu**

**INFORMACJA DLA PACJENTA**
**Prosimy o wcześniejszą rejestrację tel.48363 30 42 lub 48364-22-66**
**Pon.-pt. godz.:9.00-18.00**

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego

*Obowiązkowo wpisać
**Wskazanie powinno być potwierdzone dokumentacją medyczną: wyniki badań, karta informacyjna ze szpitala itp., które należy dołączyć do skierowania

**WYPEŁNIA PACJENTKA**
Zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia w celu uzyskania refundacji badania w ramach Programu Profilaktyki Prenatalnej GRAVMED Sp zo.o. zobowiązany jest do uzyskania od Pacjentki udokumentowanej zgody, która zapewni możliwość przekazywania w uzasadnionych przypadkach informacji (np. wyników badań, wezwania po odbiór wyników badań)bezpośrednio z systemu informatycznego NFZ lub przez koordynatora programu.

ADRES ZAMIESZKANIA……

ADRES KORESPONDENCYJNY……

TEL. KOMÓRKOWY……

ADRES E-MAIL……

MIEJSCOWOŚĆ……..DATA……

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez GRAVMED Sp. z o.o. zgodnie z ustawą z dn.29.08.97 o ochronie danych osobowych ,(Dz.Ust. Nr 133 poz 883), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania Programu Profilaktyki prenatalnej. Jednocześnie oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

Czytelny podpis pacjentki