

_____, dnia _____

Pieczętka placówki kierującej

Powinna zawierać:

Nazwa, REGON, adres, telefon placówki

Nazwa i kod komórki organizacyjnej

Numer umowy z NFZ

SKIEROWANIE NA BADANIE ECHO SERCA PŁODU

Pracownia USG

Centrum Medyczne Baby Clinic

IMIĘ _____ NAZWISKO _____

PESEL _____ ADRES _____

ROZPOZNANIE _____ KOD(ICD10) _____

Wskazania do przeprowadzenia badania refundowanego przez NFZ:

- Rozpoznana wrodzona wada serca u płodu
- Podejrzenie wrodzonej wady serca u płodu
- Zaburzenia rytmu serca u płodu
- Podejrzenie patologii układu krążenia u płodu
- Podwyższone ryzyko urodzenia dziecka z wadą serca
- Nieprawidłowy wynik położniczego badania USG (w tym poszerzenie przezierności karkowej – NT)

Pieczętka i podpis lekarza



Centrum Medyczne Baby Clinic

ul. Rafała Wojaczka 3C, 51-169 Wrocław tel. +48 516 227 516, 71 344 06 00

e-mail: rejestracja@bc.wroc.pl

e-rejestracja: bc.wroc.pl

_____, dnia _____

Pieczętka placówki kierującej

Powinna zawierać:

Nazwa, REGON, adres, telefon placówki

Nazwa i kod komórki organizacyjnej

Numer umowy z NFZ

SKIEROWANIE NA BADANIE ECHO SERCA PŁODU

Pracownia USG

Centrum Medyczne Baby Clinic

IMIĘ _____ NAZWISKO _____

PESEL _____ ADRES _____

ROZPOZNANIE _____ KOD(ICD10) _____

Wskazania do przeprowadzenia badania refundowanego przez NFZ:

- Rozpoznana wrodzona wada serca u płodu
- Podejrzenie wrodzonej wady serca u płodu
- Zaburzenia rytmu serca u płodu
- Podejrzenie patologii układu krążenia u płodu
- Podwyższone ryzyko urodzenia dziecka z wadą serca
- Nieprawidłowy wynik położniczego badania USG (w tym poszerzenie przezierności karkowej – NT)

Pieczętka i podpis lekarza



Centrum Medyczne Baby Clinic

ul. Rafała Wojaczka 3C, 51-169 Wrocław tel. +48 516 227 516, 71 344 06 00

e-mail: rejestracja@bc.wroc.pl

e-rejestracja: bc.wroc.pl