

Pieczętka nagłówkowa jednostki kierującej

....., dnia

SKIEROWANIE DO MASTERMED
Pracownia USG Program Badań Prenatalnych
ul. Mazowiecka 48 I piętro 15-302 Białystok, tel. 85 742 30 30

Proszę o profilaktyczne badanie prenatalne

Nazwisko i imię:.....Płeć:.....

Pesel:.....Data urodzenia:.....

Adres miejsca zamieszkania:.....

Rozpoznanie/kod ICD-10.....

Cel badania.....

Uwagi i badania dotychczas wykonane:.....

.....
Czytelny podpis i pieczętka lekarza

Wyznaczony termin badania.....

v2 z 29.03.2016

Pieczętka nagłówkowa jednostki kierującej

....., dnia

SKIEROWANIE DO MASTERMED
Pracownia USG Program Badań Prenatalnych
ul. Mazowiecka 48 I piętro 15-302 Białystok, tel. 85 742 30 30

Proszę o profilaktyczne badanie prenatalne

Nazwisko i imię:.....Płeć:.....

Pesel:.....Data urodzenia:.....

Adres miejsca zamieszkania:.....

Rozpoznanie/kod ICD-10.....

Cel badania.....

Uwagi i badania dotychczas wykonane:.....

.....
Czytelny podpis i pieczętka lekarza

Wyznaczony termin badania.....

v2 z 29.03.2016