

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 badanie Echo Serca Płodu**

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 badanie Echo Serca Płodu**

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