

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH BADAŃ PRENATALNYCH
DLA WSzS W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

miesiąc rok

DATA	INICJAŁY PACJENTA	7 PIERWSZYCH CYFR PESELU	BADANIA PRENATALNE	
			BADANIA BIOCHEMICZNE: AFP, Beta – HCG oraz PAPP - A*	BADANIA ULTRASONOGRAFICZNE I lub II TRYMESTRU*

* wykonanie badania zaznaczyć znakiem X

W SUMIE WYKONANO BADAŃ PRENATALNYCH: sztuk

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

ZATWIERDZAM WYKONANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

.....
(pieczęć i podpis Kierownika Centrum Kobieta Matka Dziecku lub pełniącego jego zastępstwo)