

**Skierowanie do PORADNI USG I BADAŃ PRENATALNYCH
(Diagnostyka GENESIS Sp. z o.o. ul. Jana Henryka Dąbrowskiego 77a, 60-529 Poznań):**

Dane pacjentki (Wypełnić drukowanymi literami)	Pieczętka jednostki kierującej na badanie:
Nazwisko:	Podpis i pieczętka lekarza kierującego na badanie:
Imię:	Data: _____ rrrr / mm / dd
Data urodzenia: _____ rok / miesiąc / dzień	Rozpoznanie kliniczne:
PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Adres :	
Telefon kontaktowy:	
Dane charakterystyczne z wywiadu:	