



**SKIEROWANIE NA BADANIE USG JAMY BRZUSZNEJ
W RAMACH PROGRAMU
WCZESNE WYKRYWANIE WAD
I CHORÓB U NIEMOWLĄT
finansowanego w całości przez Gminę Miasto Szczecin**



Szczecin

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zameldowania.....

PESEL.....

Nr telefonu.....

Badanie usg będzie wykonane w godzinach popołudniowych po wcześniejszej rejestracji telefonicznej.

Pracownia USG, SPS ZOZ „ZDROJE” ul. Mączna 4 Szczecin

Rejestracja od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00 – 14.30

tel. 91 88 06 518

Pracownia USG, Szpital przy ul. Św. Wojciecha 7 w Szczecinie

Rejestracja od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00 – 14.00

tel. 91 88 06 075

***Prosimy o poinformowanie podczas rejestracji, że badanie ma się odbyć
w ramach programu „Wczesne wykrywanie wad i chorób u niemowląt”***

Uwagi.....

.....

.....
(Data)

.....
(Podpis i pieczętka lekarza kierującego)

FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY

Potwierdzam, że zostałem (- am) dokładnie poinformowany (-a) o założeniach i istocie badania w kierunku wczesnego wykrywania wad i chorób niemowląt i wyrażam świadomie zgodę na poddanie mojego dziecka takiemu badaniu. Wrazem także zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka na potrzeby wczesnego wykrywania wad i chorób niemowląt.

Szczecin.....

.....

Podpis