

# Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva a hlásenie potratu\*)

za mesiac ..... rok.....

Spravodajská jednotka doručí  
hlásenie do 10. kalendárneho  
dňa po sledovanom období  
**1x (prvú) kópiu na adresu :**  
**Národné centrum**  
**zdravotníckych informácií**  
**Lazaretská 26**  
**811 09 Bratislava**

IČO									

Kód poskytovateľa ZS									

Kód zdravotnej poisťovne			
--------------------------	--	--	--

Názov a adresa sídla zdravotníckeho zariadenia .....

Priezvisko, meno rodená				Rodné číslo					
Bydlisko – názov obce	1 – trvalé**)	Kód	1						
ulica č. d. a PSČ	2 – v zahraničí (99)	Kód	2						
Rodinný stav	0 – nezistený 1 – slobodná	2 – vydatá 3 – rozvedená	4 – vdova 5 – registrované partnerstvo						
Vzdelanie	1 – základné neukončené 2 – základné ukončené	3 – stredné bez maturity 4 – stredné s maturitou	5 – vysokoškolské bakalárske 6 – vysokoškolské (ostatné)						
Pracovný stav	0 – žiak/štvrtník 1 – pravidelne zamestnaná 2 – príležitostne zamestnaná	3 – nezamestnaná 6 – žiadny, závislý od inej osoby 7 – iný							
Rizikové pracovisko	1 – áno	2 - iné							
Počet doterajších pôrodov									
Počet živonarodených detí									
Počet doterajších UPT									
Počet doterajších spontánnych potratov									
Vnútromaternicová antikoncepcia	1 – áno	2 - nie							
Druh potratu	1 – spontánny	2 – leg. UPT do 8. týždňa 3 – leg. UPT od 9. do 12. týždňa 4 – leg. UPT od 13. do 24. týždňa	5 – mimomaternicové tehotenstvo 6 – iný 7 – nelegálne UPT	Dg.	O				
UPT zo zdravotných dôvodov	1 – áno	2 - nie	Dg.						
Dátum potratu (deň, mesiac, rok)									
Vek plodu (v týždňoch)									
U plodu nad 16 týždňov				hmotnosť (g)			dĺžka (cm)		
Poplatok za UPT sa stanoví	1 – áno	2 - nie							

<p>1. Žiadam o UPT***) Súhlasím s UPT***) Dávam podnet k UPT***)</p> <p>Beriem na vedomie poučenie lekára o možných zdravotných dôsledkoch UPT. Boľa som poučená o možnosti používania antikoncepčných metód a prostriedkov. Čestne prehlasujem, že za posledných 6 mesiacov som nemala urobené UPT. Beriem na seba dôsledky vyplývajúce z nesprávne uvedených údajov vyplývajúcich zo zákona.</p> <p>..... Dátum a podpis žiadateľky (zák. zástupcu)</p>	<p>5. Beriem na vedomie možnosť podať do 3 dní žiadosť o preskúmanie záveru lekára, s ktorým som bola oboznámená.</p> <p>V ..... dňa ..... Podpis žiadateľky (zák. zástupcu)</p>
<p>2. Posledná menštruácia:</p>	<p>6. Výsledok preskúmania v prípade odvolania: UPT sa povoľuje – nepovoľuje***)</p> <p>..... Pečiatka a podpis okresného odborníka pre odbor gynekol. a pôrodnictvo</p>
<p>3. Dátum posledného potratu:</p>	
<p>4. Gynekologické vyšetrenie a nález (výsledky ostatných vyšetrení):</p> <p>Záver lekára:</p> <p>V ..... dňa ..... Pečiatka a podpis lekára</p>	<p>7. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách:</p> <p>V ..... dňa ..... Pečiatka zariadenia a podpis lekára</p>

\*) Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva (UPT), hlásenie potratu a mimomaternicového tehotenstva

\*\*) Kód bydliska podľa vyhlášky MZ SR č. 107/2015 Z.z. z 22. mája 2015, ktorou sa ustanovujú štandardy zdravotníckej informatiky a lehoty poskytovania údajov

\*\*\*) Nevhodné prečiarkniť

# Hlásenie o spontánnom potrate a umelom prerušení tehotenstva\*)

za mesiac ..... rok.....

IČO

Kód poskytovateľa ZS

Kód zdravotnej poisťovne

Názov a adresa sídla zdravotníckeho zariadenia .....

Priezvisko, meno rodená	Bez priepisu			Rodné číslo			
Bydlisko – názov obce ulica č. d. a PSČ	Bez priepisu			1 – trvalé**) Kód	1		
				2 – v zahraničí (99)	Kód 2		
Rodinný stav	0 – nezistený 1 – slobodná	2 – vydatá 3 – rozvedená	4 – vdova 5 – registrované partnerstvo				
Vzdelanie	1 – základné neukončené 2 – základné ukončené	3 – stredné bez maturity 4 – stredné s maturitou	5 – vysokoškolské bakalárske 6 – vysokoškolské (ostatné)				
Pracovný stav	0 – žiak/štvrták 1 – pravidelne zamestnaná 2 – príležitostne zamestnaná	3 – nezamestnaná 6 – žiadny, závislý od inej osoby 7 – iný					
Rizikové pracovisko	1 – áno	2 – nie					
Počet doterajších pôrodov							
Počet živonarodených detí							
Počet doterajších UPT							
Počet doterajších spontánnych potratov							
Vnútromaternicová antikoncepcia	1 – áno	2 – nie					
Druh potratu 1 – spontánny	2 – leg. UPT do 8. týždňa 3 – leg. UPT od 9. do 12. týždňa 4 – leg. UPT od 13. do 24. týždňa	5 – mimomaternicové tehotenstvo 6 – iný 7 – nelegálne UPT					
UPT zo zdravotných dôvodov	1 – áno	2 – nie	Dg.	O			
Dátum potratu (deň, mesiac, rok)							
Vek plodu (v týždňoch)							
U plodu nad 16 týždňov				hmotnosť (g)	dĺžka (cm)		
Poplatok za UPT sa stanoví	1 – áno	2 – nie					

bez priepisu

bez priepisu

7. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách:

V ..... dňa .....

Pečiatka zariadenia a podpis lekára

\*) Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva (UPT), hlásenie potratu a mimomaternicového tehotenstva

\*\*) Kód bydliska podľa vyhlášky MZ SR č. 107/2015 Z.z. z 22. mája 2015, ktorou sa ustanovujú štandardy zdravotníckej informatiky a lehoty poskytovania údajov

\*\*) Nevhodné prečiarknite

# Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva a hlásenie potratu\*)

za mesiac ..... rok.....

IČO					

Kód poskytovateľa ZS									

Kód zdravotnej poisťovne 

--	--	--	--

Názov a adresa sídla zdravotníckeho zariadenia .....

Priezvisko, meno rodená		Rodné číslo			
Bydlisko – názov obce		1 – trvalé**) Kód	1		
ulica č. d. a PSČ		2 – v zahraničí (99)	Kód	2	
Rodinný stav	0 – nezistený 1 – slobodná	2 – vydatá 3 – rozvedená	4 – vdova 5 – registrované partnerstvo		
Vzdelanie	1 – základné neukončené 2 – základné ukončené	3 – stredné bez maturity 4 – stredné s maturitou	5 – vysokoškolské bakalárske 6 – vysokoškolské (ostatné)		
Pracovný stav	0 – žiak/štvrtník 1 – pravidelne zamestnaná 2 – príležitostne zamestnaná	3 – nezamestnaná 6 – žiadny, závislý od inej osoby 7 – iná			
Rizikové pracovisko	1 – áno	2 - nie			
Počet doterajších pôrodov					
Počet živonarodených detí					
Počet doterajších UPT					
Počet doterajších spontánnych potratov					
Vnútro maternicová antikoncepcia	1 – áno	2 - nie			
Druh potratu 1 – spontánny	2 – leg. UPT do 8. týždňa 3 – leg. UPT od 9. do 12. týždňa 4 – leg. UPT od 13. do 24. týždňa	5 – mimomaternicové tehotenstvo 6 – iný 7 – nelegálne UPT	Dg.	O	
UPT zo zdravotných dôvodov	1 – áno	2 - nie	Dg.		
Dátum potratu (deň, mesiac, rok)					
Vek plodu (v týždňoch)					
U plodu nad 16 týždňov			hmotnosť (g)	dĺžka (cm)	
Poplatok za UPT sa stanoví	1 – áno	2 - nie			

<p>1. Žiadam o UPT***) Súhlasím s UPT***) Dávam podnet k UPT***)</p> <p>Beriem na vedomie poučenie lekára o možných zdravotných dôsledkoch UPT. Boľa som poučená o možnosti používania antikoncepčných metód a prostriedkov. Čestne prehlasujem, že za posledných 6 mesiacov som nemala urobené UPT. Beriem na seba dôsledky vyplývajúce z nesprávne uvedených údajov vyplývajúcich zo zákona.</p> <p>..... Dátum a podpis žiadateľky (zák. zástupcu)</p>	<p>5. Beriem na vedomie možnosť podať do 3 dní žiadosť o preskúmanie záveru lekára, s ktorým som bola oboznámená.</p> <p>V ..... dňa ..... Podpis žiadateľky (zák. zástupcu)</p>
<p>2. Posledná menštruácia:</p>	<p>6. Výsledok preskúmania v prípade odvolania: UPT sa povoľuje – nepovoľuje***)</p> <p>..... Pečiatka a podpis okresného odborníka pre odbor gynekol. a pôrodnictvo</p>
<p>3. Dátum posledného potratu:</p>	
<p>4. Gynekologické vyšetrenie a nález (výsledky ostatných vyšetrení):</p> <p>Záver lekára:</p> <p>V ..... dňa ..... Pečiatka a podpis lekára</p>	<p>7. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách:</p> <p>V ..... dňa ..... Pečiatka zariadenia a podpis lekára</p>

\*) Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva (UPT), hlásenie potratu a mimomaternicového tehotenstva

\*\*) Kód bydliska podľa vyhlášky MZ SR č. 107/2015 Z.z. z 22. mája 2015, ktorou sa ustanovujú štandardy zdravotníckej informatiky a lehoty poskytovania údajov

\*\*\*) Nevhodné prečiarňanie