

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		0 – neukončené základné 1 – základné		2 – nižšie stredné odborné 3 – stredné odborné		4 – úplné stredné všeobecné alebo odborné 5 – vyššie odborné		6 – vysokoškolské I. stupňa 7 – vysokoškolské II. stupňa		8 – vysokoškolské III. stupňa 9 – nezistené
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 – nie						
Počet doterajších pôrodov		Počet živonarodených detí				Počet doterajších UPT				
Počet doterajších spontánnych potratov		Počet doterajších spontánnych potratov po asistovanej reprodukčii (AR)								
Vnútro maternicová antikoncepcia		1 – áno		2 – nie						
Spôsob súčasného otehotnenia		1 – fyziologický		2 – asistovaná reprodukcia (AR)						
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: matky		1 – áno		2 – nie						
UPT zo zdravotných dôvodov: plodu		1 – patologický nález pri prenatalnom vyšetrení s rizikom VCH 10% a viac		2 – faktory s dokázanými mutagénymi a teratogénymi účinkami pre plod		3 – patologický nález s potvrdenou VCH prenatalným vyšetrením		4 – iný		
Dátum potratu (deň, mesiac, rok)										
Vek plodu (v týždňoch)		Pri plode 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. Bola 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. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách:</p> <p>..... Pečiatka zariadenia a podpis lekára</p>	
2. Posledná menštruácia:			
3. Dátum posledného potratu:			
4. Gynekologické vyšetrenie a nález (výsledky ostatných vyšetrení):			
Záver lekára:			
V dňa		V dňa	
Pečiatka a podpis lekára		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 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	0 – neukončené základné 1 – základné	2 – nižšie stredné odborné 3 – stredné odborné	4 – úplné stredné všeobecné alebo odborné 5 – vyššie odborné	6 – vysokoškolské I. stupňa 7 – vysokoškolské II. stupňa	8 – vysokoškolské III. stupňa 9 – nezistené
Pracovný stav	0 – žiak/študent 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		Počet doterajších spontánnych potratov po asistovanej reprodukcii (AR)			
Vnútromaternicová antikoncepcia	1 – áno	2 - nie			
Spôsob súčasného otehotnenia	1 – fyziologický	2 – asistovaná reprodukcia (AR)			
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: matky	1 – áno	2 – nie		Dg.	
UPT zo zdravotných dôvodov: plodu	1 – patologický nález pri prenatalnom vyšetrení s rizikom VCH 10% a viac 2 – faktory s dokázanými mutagénnymi a teratogénnymi účinkami pre plod 3 – patologický nález s potvrdenou VCH prenatalným vyšetrením	4 – iný		Dg.	
Dátum potratu (deň, mesiac, rok)					
Vek plodu (v týždňoch)		Pri plode 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. Bola 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. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách:</p> <p>..... Pečiatka zariadenia a podpis lekára</p>
2. Posledná menštruácia:	
3. Dátum posledného potratu:	
4. Gynekologické vyšetrenie a nález (výsledky ostatných vyšetrení):	
Záver lekára:	
V dňa	V dňa
Pečiatka a podpis lekára	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	0 – neukončené základné 1 – základné	2 – nižšie stredné odborné 3 – stredné odborné	4 – úplné stredné všeobecné alebo odborné 5 – vyššie odborné
Pracovný stav	0 – žiak/student 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		Počet doterajších spontánnych potratov po asistovanej reprodukcii (AR)	
Vnútromaternicová antikoncepcia	1 – áno	2 - nie	
Spôsob súčasného otehotnenia	1 – fyziologický	2 – asistovaná reprodukcia (AR)	
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: matky	1 – áno	2 - nie	Dg.
UPT zo zdravotných dôvodov: plodu	1 – patologický nález pri prenatalnom vyšetrení s rizikom VCH 10% a viac 2 – faktory s dokázanými mutagénymi a teratogénymi účinkami pre plod 3 – patologický nález s potvrdenou VCH prenatalným vyšetrením	4 – iný	Dg.
Dátum potratu (deň, mesiac, rok)			
Vek plodu (v týždňoch)		Pri plode 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. Bola 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. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách:</p> <p>..... Pečiatka zariadenia a podpis lekára</p>
2. Posledná menštruácia:	
3. Dátum posledného potratu:	
4. Gynekologické vyšetrenie a nález (výsledky ostatných vyšetrení):	
Záver lekára:	
V dňa	Pečiatka 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