

# 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 – nie						
Počet doterajších pôrodov	Počet živonarodených detí			Počet doterajších UPT					
Počet doterajších spontánnych potratov	Počet doterajších spontánnych potratov po asistovanej reprodukčii (AR)								
Vnútromaternicová antikoncepcia	1 – áno		2 – nie						
<b>Spôsob súčasného otehotnenia</b>	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: <b>matky</b>	1 – áno		2 – nie						
<b>UPT zo zdravotných dôvodov: plodu</b>	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>
2. Posledná menštruácia:	
3. Dátum posledného potratu:	
4. Gynekologické vyšetrenie a nález (výsledky ostatných vyšetrení):	
Záver lekára:	
V ..... dňa ..... Pečiatka a podpis lekára	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

# 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/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 reprodukcii (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		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 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	1 – základné neukončené 2 – základné ukončené	3 – stredné bez maturity 4 – stredné s maturitou	5 – vysokoškolské bakalárske 6 – vysokoškolské (ostatné)
Pracovný stav	0 – žiak/študent 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 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 ..... Pečiatka a podpis lekára	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