

# 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 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						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>											
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 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/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		Počet doterajších spontánnych potratov po asistovanej reprodukcií (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 .....	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. 0
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