

Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva a hlásenie potratu*)

za mesiac rok.....

IČO

Id.

Kód poskytovateľa ZS

Kód zdravotnej poisťovne

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

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 – iný	
Podozrenie na ohrozenie násilím	1 – fyzicky 2 – psychicky	3 – fyzicky aj psychicky 4 – nie	
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	

1. Žiadam o UPT***) Súhlasím s UPT***) Dávam podnet k UPT***) 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. Dátum a podpis žiadateľky (zák. zástupcu)	5 Beriem na vedomie možnosť podať do 3 dní žiadosť o preskúmanie záveru lekára, s ktorým som bola oboznámená. V dňa Podpis žiadateľky (zák. zástupcu)
2. Posledná menštruácia:	6. Výsledok preskúmania v prípade odvolania: UPT sa povoľuje – nepovoľuje***) Pečiatka a podpis okresného odborníka pre odbor gynekol. a pôrodníctvo V dňa
3. Dátum posledného potratu:	
4. Gynekologické vyšetrenie a nález (výsledky ostatných vyšetrení): Záver lekára: V dňa Pečiatka a podpis lekára	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 klasifikácie štatistických územných jednotiek SR (Vyhľadka ŠÚ SR č.438/2004 Z.z. z 19.júla.2004)
***) Nevhodné prečiar knite

Hlásenie o spontánnom potrate a umelom prerušení tehotenstva*)

za mesiac rok.....

IČO										Id.	
Kód poskytovateľa ZS											
Kód zdravotnej poisťovne											

Názov a adresa sídla zdravotníckeho zariadenia

Priezvisko, meno rodená	bez priepisu			Rodné číslo			
Bydlisko – názov obce	bez priepisu			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 – iný					
Podozrenie na ohrozenie násilím	1 – fyzicky 2 – psychicky	3 – fyzicky aj psychicky 4 – nie					
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		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					

bez priepisu	bez priepisu

*) Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva (UPT), hlásenie potratu a mimomaternicového tehotenstva
**) Kód bydliska podľa klasifikácie štatistických územných jednotiek SR (Vyhláška ŠÚ SR č.438/2004 Z.z. z 19.júla.2004)
***) Nevhodné prečiarknite

Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva a hlásenie potratu*)

za mesiac rok.....

IČO

Id.

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			
Podozrenie na ohrozenie násilím	1 – fyzicky 2 – psychicky	3 – fyzicky aj psychicky 4 – nie			
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)				Dg.	
Vek plodu (v týždňoch)					
U plodu nad 16 týždňov	hmotnosť (g) dĺžka (cm)				
Poplatok za UPT sa stanoví	1 – áno 2 - nie				

2. Žiadam o UPT***) Súhlasím s UPT***) Dávam podnet k UPT***) 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. Dátum a podpis žiadateľky (zák. zástupcu)	6 Beriem na vedomie možnosť podať do 3 dní žiadosť o preskúmanie záveru lekára, s ktorým som bola oboznámená. V dňa Podpis žiadateľky (zák. zástupcu)	
	2. Posledná menštruácia: 3. Dátum posledného potratu:	8. Výsledok preskúmania v prípade odvolania: UPT sa povoľuje – nepovoľuje***) Pečiatka a podpis okresného odborníka pre odbor gynekol. a pôrodníctvo
	6. Gynekologické vyšetrenie a nález (výsledky ostatných vyšetrení): Záver lekára: V dňa Pečiatka a podpis lekára	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 klasifikácie štatistických územných jednotiek SR (Vyhláška ŠÚ SR č.438/2004 Z.z. z 19.júla.2004)
***) Nevhodné prečiarknite