**Potvrzení o uhrazení nákladů na vyšetření v těhotenství**

Pacientka …………………………………………………………………………………., r.č………………………………………

absolvovala dne ……………………………………………… vyšetření nehrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Jednalo se o vyšetření:

|  |  |
| --- | --- |
| Kombinovaný screening vrozených vývojových vad v I. trimestru – jednočetné těhotenství |  |
| Kombinovaný screening vrozených vývojových vad v I. trimestru – vícečetné těhotenství |  |
| Podrobné morfologické zhodnocení plodu ve II. trimestru – jednočetné těhotenství |  |
| Podrobné morfologické zhodnocení plodu ve II. trimestru – vícečetné těhotenství |  |

Vyšetření bylo v ceně………………………….

Tímto zároveň žádáme pojišťovnu o poskytnutí příspěvku na vyšetření.

V Praze dne ………………………………………