

# Žiadosť o umelé prerušenie tehotenstva a hlásenie potratu\*)

za mesiac ..... rok.....

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**

|     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|
| IČO |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Id. |  |
|     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |

|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Kód poskytovateľa ZS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                          |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|
| Kód zdravotnej poisťovne |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|

Názov a adresa sídla zdravotníckeho zariadenia .....

|  |   |  |   |            |   |
|--|---|--|---|------------|---|
| Priezvisko, meno<br>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<br>1 – slobodná   | 2 – vydatá<br>3 – rozvedená                                      | 4 – vdova<br>5 – registrované partnerstvo                   |            |   |
| Vzdelanie                              | 1 – základné neukončené<br>2 – základné ukončené  | 3 – stredné bez maturity<br>4 – stredné s maturitou              | 5 – vysokoškolské bakalárske<br>6 – vysokoškolské (ostatné) |            |   |
| Pracovný stav                          | 0 – žiak/študent (ka)<br>1 – pravidelne zamestnaná<br>2 – príležitostne zamestnaná                | 3 – nezamestnaná<br>6 – žiadny, závislý od inej osoby<br>7 – iný |   |            |   |
| Podозrenie na ohrozenie násilím        | 1 – fyzicky<br>2 – psychicky  | 3 – fyzicky aj psychicky<br>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<br>1 – spontánny          | 2 – leg. UPT do 8.týždňa<br>3 – leg. UPT od 9. do 12. týždňa<br>4 – leg. UPT od 13. do 24. týždňa | 5 – mimomaternicové tehotenstvo<br>6 – iný<br>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  |   |            |   |

|   |   |
|---|---|
| <p>1. Žiadam o UPT***)<br/>Súhlasím s UPT***)<br/>Dávam podnet k UPT***)</p> <p>Beriem na vedomie poučenie lekára o možných zdravotných dôsledkoch UPT.<br/>Bola som poučená o možnosti používania antikoncepčných metód a prostriedkov.<br/>Čestne prehlasujem, že za posledných 6 mesiacov som nemala urobené UPT.<br/>Beriem na seba dôsledky vyplývajúce z nesprávne uvedených údajov vyplývajúcich zo zákona.</p> <p>.....<br/>Dátum a podpis žiadateľky (zák. zástupcu)</p> | <p>5. Beriem na vedomie možnosť podat' do 3 dní žiadosť o preskúmanie záveru lekára, s ktorým som bola oboznámená.</p> <p>V ..... dňa .....<br/>Podpis žiadateľky (zák. zástupcu)</p> |
|   | <p>6. Výsledok preskúmania v prípade odvolania:<br/>UPT sa povoľuje – nepovoľuje***)</p> <p>.....<br/>Pečiatka a podpis okresného odborníka pre odbor gynekol. a pôrodnictvo</p>      |
| <p>2. Posledná menštruácia:</p>   |   |
| <p>3. Dátum posledného potratu:</p>   |   |
| <p>4. Gynekologické vyšetrenie a nález (výsledky ostatných vyšetrení):</p> <p>Záver lekára:</p> <p>V ..... dňa .....<br/>Pečiatka a podpis lekára</p>   | <p>7. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách:</p> <p>V ..... dňa .....<br/>Pečiatka zariadenia a podpis lekára</p>                              |

\*) 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 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<br>rodená                 | bez priepisu   |  |   | Rodné číslo          |            |   |
| Bydlisko – názov obce<br>ulica č. d. a PSČ | bez priepisu   |  |   | 1 – trvalé**)        | Kód        | 1 |
|  |  |  |   | 2 – v zahraničí (99) | Kód        | 2 |
| Rodinný stav                               | 0 - nezistený<br>1 – slobodná  | 2 – vydatá<br>3 – rozvedená                                      | 4 – vdova<br>5 – registrované partnerstvo                   |                      |            |   |
| Vzdelanie                                  | 1 – základné neukončené<br>2 – základné ukončené   | 3 – stredné bez maturity<br>4 – stredné s maturitou              | 5 – vysokoškolské bakalárske<br>6 – vysokoškolské (ostatné) |                      |            |   |
| Pracovný stav                              | 0 – žiak/štvrták (ka)<br>1 – pravidelne zamestnaná<br>2 – príležitostne zamestnaná                 | 3 – nezamestnaná<br>6 – žiadny, závislý od inej osoby<br>7 – iný |   |                      |            |   |
| Podозrenie na ohrozenie násilím            | 1 – fyzicky<br>2 – psychicky   | 3 – fyzicky aj psychicky<br>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<br>1 – spontánny              | 2 – leg. UPT do 8. týždňa<br>3 – leg. UPT od 9. do 12. týždňa<br>4 – leg. UPT od 13. do 24. týždňa | 5 – mimomaternicové tehotenstvo<br>6 – iný<br>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   |
|              | 7. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách: |
|              | V ..... dňa .....<br>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

# 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<br>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<br>1 - slobodná  | 2 – vydatá<br>3 – rozvedená                                      | 4 – vdova<br>5 – registrované partnerstvo                   |            |  |
| Vzdelanie                              | 1 – základné neukončené<br>2 – základné ukončené   | 3 – stredné bez maturity<br>4 – stredné s maturitou              | 5 – vysokoškolské bakalárske<br>6 – vysokoškolské (ostatné) |            |  |
| Pracovný stav                          | 0 – žiak/štvrtník (ka)<br>1 – pravidelne zamestnaná<br>2 – príležitostne zamestnaná                | 3 – nezamestnaná<br>6 – žiadny, závislý od inej osoby<br>7 – iná |   |            |  |
| Podozrenie na ohrozenie násilím        | 1 – fyzicky<br>2 – psychicky   | 3 – fyzicky aj psychicky<br>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<br>1 – spontánny          | 2 – leg. UPT do 8. týždňa<br>3 – leg. UPT od 9. do 12. týždňa<br>4 – leg. UPT od 13. do 24. týždňa | 5 – mimomaternicové tehotenstvo<br>6 – iný<br>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  |   |            |  |

|  |  |
|--|--|
| 2. Žiadam o UPT***)<br>Súhlasím s UPT***)<br>Dávam podnet k UPT***)<br><br>Beriem na vedomie poučenie lekára o možných zdravotných dôsledkoch UPT.<br>Bola som poučená o možnosti používania antikoncepčných metód a prostriedkov.<br>Čestne prehlasujem, že za posledných 6 mesiacov som nemala urobené UPT.<br>Beriem na seba dôsledky vyplývajúce z nesprávne uvedených údajov vyplývajúcich zo zákona.<br><br>.....<br>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.<br><br>V ..... dňa ..... Podpis žiadateľky (zák. zástupcu)                     |
|  | 8. Výsledok preskúmania v prípade odvolania:<br>UPT sa povoľuje – nepovoľuje***)<br><br>.....<br>Pečiatka a podpis okresného odborníka pre odbor gynekol. a pôrodnictvo<br>V ..... dňa ..... |
| 2. Posledná menštruácia:<br><br>3. Dátum posledného potratu:<br><br>6. Gynekologické vyšetrenie a nález (výsledky ostatných vyšetrení):<br><br>Záver lekára:<br><br>V ..... dňa ..... Pečiatka a podpis lekára   | 7. Správa o vykonanom umelom prerušení tehotenstva a o prípadných komplikáciách:<br><br>.....<br>Pečiatka zariadenia a podpis lekára<br>V ..... dňa .....                                    |

\*) 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 prečiarikne