

.....  
Pieczęć jednostki kierującej, nr ośrodka kosztów**SKIEROWANIE DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO**

Nazwisko i imię Pacjenta/ki .....

PESEL ..... Wiek ..... Płeć M  K 

Adres pacjenta.....

Tryb badania PILNE  PLANOWE  INTRA 

Materiał (rodzaj) .....

Miejsce pobrania materiału .....

Pobrany przez .....

Utrwalono w FORMALINIE  INNE.....

Rozpoznanie kliniczne .....

.....

Dodatkowe dane kliniczne (w tym m.in.: inne schorzenia i przyjmowane leki, data ostatniej miesiączki, opis pełny badania endoskopowego, wyniki poprzednich badań, wyniki morfologii, OB, wyniki badań obrazowych) .....

.....

Data OM:..... Leczenie hormonalne TAK  NIE 

Rodzaj zabiegu .....

.....

.....

data pobrania materiału

.....  
pieczęć i podpis lekarza kierującego**Prosimy o zaznaczenie jednego z poniższych oświadczeń:** 1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem są usługami w zakresie opieki medycznej, służącymi profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz usługami ściśle z tymi usługami związanymi, w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług i jako takie są zwolnione od podatku VAT. 2. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem wymagają opodatkowania podatkiem VAT, w szczególności zalecane są w innych celach niż wymienione w pkt.1.