

.....  
Pieczętka jednostki kierującej, nr ośrodka kosztów

## SKIEROWANIE DO BADANIA CYTOLOGICZNEGO

nazwisko i imię pacjenta/ki: .....

PESEL lub nazwa i nr dokumentu tożsamości: ..... Wiek: ..... Płeć: K  M

Adres pacjenta: .....

Tryb badania: PILNE  PLANOWE  INTRA

Utrwalono w: etanolu  inne: .....

Rozpoznanie kliniczne .....

.....

Narząd/okolica z którego pobrano materiał: .....

Rodzaj materiału/badania: .....

**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

Pobrany przez: .....

.....

data i godz. pobrania materiału

.....  
pieczętka 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.