

Pieczętka jednostki kierującej/ nr ośrodka kosztów

Zakład Diagnostyki Patomorfologicznej SU
Pracownia Neuropatologii
Kraków, ul. Botaniczna 3**SKIEROWANIE NA BADANIE BIOPTATU MIĘŚNIA****TRYB BADANIA***: CITO/ RUTYNOWY
(* właściwe podkreślić)

Nazwisko i imię Pacjenta

PESEL Wiek Płeć

Adres.....

Mięsień Pobrany w dniu

Pobrany przez D-ra

Utrwalony w formalinie /nieutrwalony.

Dane kliniczne:

Rozpoznanie wstępne

Osłabienie mięśni (tak/nie/ ew. zakres).....

Nietolerancja wysiłku (tak/nie ew. stopień).....

Bóle mięśniCzas trwania objawów

Rozpoznane lub podejrzewane współistniejące schorzenia.....

Przebyte leczenie farmakologiczne.....

Mioglobinuria..... Poziom kinezy kreatynowej

Badanie elektrofizjologiczne

Dodatkowe informacje, uwagi.

Data:.....

Kontakt telefoniczny do lekarza kierującego:

.....
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.