

.....  
Pieczętka jednostki kierującej

Zakład Diagnostyki  
Patomorfologicznej SU  
Pracownia Neuropatologii  
Kraków, ul. Botaniczna3

## SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO NR.....

**TRYB BADANIA\*** : CITO/ RUTYNOWY  
(\* właściwe podkreślić)

Nazwisko i imię Pacjenta/ki .....

PESEL ..... Wiek ..... Płeć .....

Adres pacjenta.....

Oddział.....

Lekarz kierujący.....

Rozpoznanie kliniczne ( lub podejrzenie)

.....  
.....

Dodatkowe informacje :

.....

Wynik Badania: .....

.....

data i godz. pobrania/data wysłania materiału

.....  
pieczętka i podpis lekarza

**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 podatkowania podatkiem VAT, w szczególności zalecane są w innych celach niż wymienione w pkt.1.