

<b>ZLECENIE BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO DO ZAKŁADU DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ PRACOWNIA NEUROPATOLOGII UL. BOTANICZNA 3 31-503 KRAKÓW</b>		Hist.-Pat	
Data zabiegu.....		Klin.....Nr hist. chor.....	
Nazwa ośrodka zlecającego			
Numer ośrodka zlecającego			
Nazwisko			
Imię			
Pesel		.....	
Adres		.....	
Rozpoznanie kliniczne/cel badania			
Lokalizacja zmiany		STRONA	L P
Zabieg	I-szy	Kolejny	..... Poprzedni
Guz A=pierwotny B=przerzutowy W przypadku B			
Ognisko pierwotne Podejrzane/Ustalone		P/U	
Ognisko pierwotne ..... Zabieg w roku .....			
Najważniejsze objawy kliniczne (proszę zakreślić): padaczka, bóle (lokalizacja.....) niedowład, zaburzenia czucia, widzenia, hormonalne : inne objawy			
Początek objawów (czas trwania choroby)			
Wywiad nowotworowy: poprzednio rozpoznane nowotwory u pacjentów tak/nie w rodzinie pacjenta tak/nie (jakie?)			
Inne schorzenia:			
Imię i Nazwisko: prawo wykonywania zawodu lekarza zlecającego			
.....			
Operował:		.....	
Podpis osoby wypełniającej skierowanie:		.....	

**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 2004r. 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.