

.....
Pieczętka 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.....
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 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.

