

Zakład Patomorfologii NSSU
 Jakubowskiego 2
 30-688 Kraków

.....
 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 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.