

Pieczętka jednostki kierującej/ nr ośrodka kosztów

Zakład Patomorfologii NSSU  
 Pracownia Neuropatologii  
 ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków

## 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 mięśni .....Czas 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 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.