

<b>ZLECENIE BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO DO ZAKŁADU PATOMORFOLOGII NSSU, PRACOWNIA NEUROPATOLOGII ul. Jakubowskiego 2, 30-688 KRAKÓW</b>		Hist.-Pat	
Data zabiegu.....		Klin.....Nr hist. chor.....	
Nazwa ośrodka zlecającego			
Numer ośrodka zlecającego			

Nazwisko			
Imię			
Pesel		• 1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem są usługami w	
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 Podejrzone/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.