

.....
Pieczęćka jednostki kierującej

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

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE PŁYNU MÓZGOWO- RDZENIOWEGO NR.....

TRYB BADANIA*: CITO/ RUTYNOWY

(*właściwe podkreślić)

Nazwisko i imię Pacjenta/ki

PESEL **Wiek** **Płeć**

Adres pacjenta.....

Oddział.....

Lekarz kierujący.....

Rozpoznanie kliniczne (lub podejrzenie)

.....
.....

Dodatkowe informacje :

.....

Wynik Badania:

.....
data i godz. pobrania/data wysłania materiału

.....
pieczęćka i podpis lekarza

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.