

F08-[SOP-ZP-03]

Ośrodek kierujący:
--------------------

Zlecenie Badania CYTOLOGICZNEGO PŁYNU MÓZGOWO-  
RDZENIOWEGO

do

Zakładu Patomorfologii NSSU

ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków

SZPITAL UNIWERSYTECKI  
W KRAKOWIE

Nazwisko	Imię Pacjenta		
PESEL	Wiek	Płeć	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>

Adres
-------

## Tryb Badania

CITO	RUTYNOWY
------	----------

Oddział:
----------

Utrwalony w etanolu	inne
---------------------	------

## Rozpoznanie kliniczne ( lub podejrzenie)


## Dodatkowe informacje, uwagi


## Wyniki Badania


Data i godz. pobrania materiału _____	Pieczętka i podpis lekarza kierującego
Data i godz. utrwalenia materiału _____	
Data wystawienia skierowania _____	

**Wyrażam zgodę na wykonanie dodatkowych, niezbędnych badań TAK  do kwoty..... NIE**

Zgodnie z § 5 ust. 1 i 2 Umowy w przypadku udzielenia świadczeń wykraczających poza zakres umowy, ale niezbędnych dla prawidłowego wykonania świadczeń zdrowotnych Szpitalowi Uniwersyteckiemu przysługuje wynagrodzenie według cen określonych w Regulaminie Organizacyjnym, chyba że zaznaczono powyżej, że nie wyraża się zgody na wykonanie dodatkowych badań. Brak zgody oznacza przyjęcie do wiadomości, że rozpoznanie patomorfologiczne może nie być zupełne, jak również zobowiązanie się do nie dochodzenia żadnych roszczeń wynikających z powyższego faktu.

## Prosimy o zaznaczenie jednego z poniższych oświadczeń:

<input type="checkbox"/>	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.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	2. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem wymagają opodatkowania podatkiem VAT, w szczególności zalecane są w innych celach niż wymienione w pkt.1.
--------------------------	---