


Ośrodek kierujący:	Zlecenie Badania CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA do Zakładu Patomorfologii NSSU ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków	 SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE
--------------------	--	--

Nazwisko Imię Pacjenta

PESEL Wiek..... Płeć M K

Adres

Rozpoznanie**ICD 10**

Data ostatniej miesiączki/ dzień cyklu	Data pobrania/utrwalenia materiału	Godz. pobrania/ utrwalenia materiału	Nr szkiełka	liczba szkiełek

Wynik poprzedniego badania cytologicznego

Rodzaj utrwalacza

Lekarz kierujący

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:

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.