


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

Nazwisko Imię Pacjenta

Wiek/PESEL

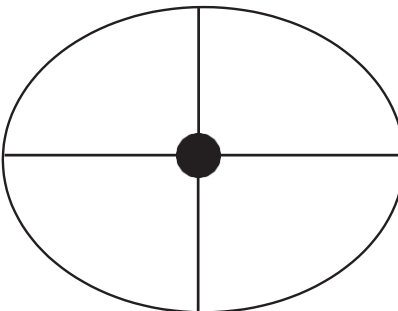
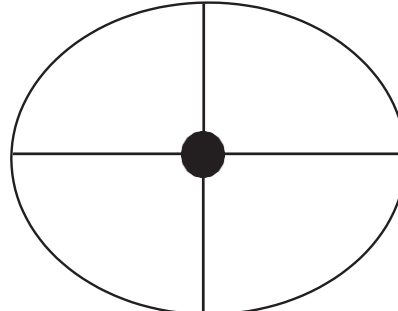
Adres

Rozpoznanie kliniczne:

Rodzaj zabiegu procedura:

- Zabiegi oszczędzające (szerokie wycięcie zmiany, lumpektomia, kwadrantektomia, częściowa mastektomia)
 Mastektomia (radykałna, zmodyfikowana radykałna, prosta, z zaoszczędzeniem skóry, podskórna, NSM)
 Wycięcie węzła chłonnego wartowniczego
 Wycięcie układu chłonnego dołu pachowego (częściowe lub całkowite)

Lokalizacja guza:

<input type="checkbox"/> Pierś lewa	PP	LP
<input type="checkbox"/> Pierś prawa		
<input type="checkbox"/> kwadrant górny zewnętrzny		
<input type="checkbox"/> kwadrant dolny zewnętrzny		
<input type="checkbox"/> kwadrant górny wewnętrzny		
<input type="checkbox"/> kwadrant dolny wewnętrzny		
<input type="checkbox"/> część centralna		
<input type="checkbox"/> brodawka		

Pozycja na godzinie:

Inne:

Zaawansowanie kliniczne : cT N M

Oznaczenie Marginesów:

Godz.12 - nitka pojedyncza krótka

Godz. 6 - nitka pojedyncza długa

Godz. 3 - nitka podwójna krótka

Godz. 9 - nitka podwójna długa

Powięź - nitka potrójna.

Rodzaj pobranego materiału:

<input type="checkbox"/> Guz lub nieprawidłowość budowy	<input type="checkbox"/> Obecnie Ciąża	<input type="checkbox"/> Choroby układuwowe
<input type="checkbox"/> Zwapnienia	<input type="checkbox"/> Laktacja	<input type="checkbox"/> Kolagenozy
<input type="checkbox"/> Inne:	<input type="checkbox"/> Biopsje wynik	<input type="checkbox"/> Sarkoidoza
	<input type="checkbox"/> Operacje (podać wynik jeśli poza BU) wynik	<input type="checkbox"/> Wegener
	<input type="checkbox"/> Leczenie neoadjuwantowe	

Oznaczenie receptorów

nie wykonywać

wykonać

Tryb badania

rutynowy

cito

Data i godz. pobrania materiału (zabiegu)

Lekarz kierujący

Data i godz. utrwalenia materiału

Rodzaj utrwalacza

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.