


ZLECENIE BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO DO ZAKŁADU PATOMORFOLOGII NSSU, PRACOWNIA NEUROPATOLOGII ul. Jakubowskiego 2, 30-688 KRAKÓW		 SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE		F07 -[SOP-ZP-03] Hist.-Pat		
Data zabiegu.....			Klin.....Nr hist. chor.....			
Nazwa ośrodka zlecającego						
Numer ośrodka zlecającego						
Nazwisko		Imię				
Pesel						
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 Podejrzane/Ustalone				P/U		
Ognisko pierwotne Zabieg w roku						
Najważniejsze objawy kliniczne (proszę zakreślić): padaczka, ból (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						
Data i godz. pobrania materiału _____			Pieczętka i podpis lekarza kierującego			
Data i godz. utrwalenia materiału _____						
Rodzaj utrwalacza _____						
Data wystawienia skierowania _____						
Wyrażam zgodę na wykonanie dodatkowych, niezbędnych badań TAK			<input type="checkbox"/> do kwoty..... <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
<small>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.</small>						
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.						