


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  K 

Adres.....

Tryb Badania	CITO		RUTYNOWY	
--------------	------	--	----------	--

Oddział:

Utrwalony w etanolu  inne .....**Rozpoznanie kliniczne ( lub podejrzenie)****Dodatkowe informacje, uwagi****Wyniki Badania**

Data i godz. pobrania materiału (zabiegu).....

Data i godz. utrwalenia materiału .....

Data wystawienia skierowania .....

Lekarz kierujący

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.