


Ośrodek kierujący:	Zlecenie Badania HISTOPATOLOGICZNEGO TREPANOBIOPTATU SZPIKU KOSTNEGO 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.....	

## Diagnoza

Wskazania do trepanobiopsji	Do ustalenia
-----------------------------	--------------

Poprzednie trepanobiopsje:	TAK <input type="checkbox"/>	Numery lub daty .....	NIE <input type="checkbox"/>
Inne wcześniejsze badania histologiczne:	TAK <input type="checkbox"/>	Numery lub daty .....	NIE <input type="checkbox"/>

## DANE KLINICZNE

Węzły chłonne	
Śledziona	Wątroba
przebyte leczenie (w szczególności cytostatyki, sterydy i limfokiny)	
schorzenia współistniejące	
Inne istotne dane (wywiad)	

## Badania laboratoryjne

Krew obwodowa:	Hb= _____	HcT= _____	E= _____	MCV _____	Leu _____	Limf _____	PLT _____
Obraz odsetkowy							
Cytometria przepływowa	wykonana		nie wykonana		w toku		
Badania cytogenetyczne/molekularne							
Istotne znaleziska w rozmazie szpiku kostnego							
FAG= _____	Białko monoklonalne(poziom/klasa) _____						

## Inne

Załączony rozmaz szpiku kostnego	Załączony rozmaz krwi obwodowej
----------------------------------	---------------------------------

hematolog odpowiedzialny za przebieg leczenia:

Data i godz. pobrania materiału (zabiegu).....	Lekarz kierujący
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:

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.