

Ośrodek kierujący:		Zlecenie Badania Cytologicznego 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.....					
Tryb Badania		PILNE		PLANOWE	
				INTRA	
Materiał(rodzaj):					
Narząd/okolica z którego pobrano materiał:					
.....					
Liczba, oznaczenie preparatów/objętość płynu:					
.....					
Utrwalono w: etanol <input type="checkbox"/> Inne:					
Rozpoznanie kliniczne					
.....					
Dodatkowe dane kliniczne (w tym m.in.: istotne dane kliniczne, inne schorzenia i przyjmowane leki, data ostatniej miesiączki, opis pełny badania endoskopowego, wyniki poprzednich badań, wyniki morfologii, OB, wyniki badań obrazowych)					
.....					
Data OM:		Leczenie Hormonalne: TAK		NIE	
Rodzaj zabiegu					
.....					
Data i godz. pobrania materiału (zabiegu).....				Lekarz kierujący	
Data i godz. utrwalenia materiału					
Data wystawienia skierowania					
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.					