

Ośrodek kierujący:		Zlecenie Badania Biopsji Mięśnia 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	
Mięsień:					
Utrwalony w formalinie			Nieutrwalony		
Dane kliniczne					
Rozpoznanie wstępne:					
Osłabienie mięśni		TAK <input type="checkbox"/> ew. NIE <input type="checkbox"/> zakres			
Nietolerancja wysiłku		TAK <input type="checkbox"/> ew. NIE <input type="checkbox"/> stopień			
Bóle mięśni					
Czas trwania objawów					
Rozpoznane lub podejrzewane współistniejące schorzenia					
Przebyte leczenie farmakologiczne					
Mioglobinuria				Poziom kinazy kreatynowej	
Badanie elektrofizjologiczne					
Dodatkowe informacje, uwagi					
Data i godz. pobrania materiału			Pieczętka i podpis lekarza kierującego		
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.					