

Ośrodek kierujący:		Zlecenie Badania BIOPTATU NERWU/SKÓRY do Zakładu Patomorfologii NSSU ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków		 <b>SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE</b>	
Nazwisko .....		Imię Pacjenta .....			
PESEL .....		Wiek .....		Płeć    M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	
Adres .....					
<b>Tryb Badania</b>		CITO		RUTYNOWY	
Nerw : .....			Skóra (miejsce, metoda) .....		
Materiał pobrany w dniu .....			Przez D-ra .....		
Utrwalony w formalinie			Nieutrwalony		
<b>Dane kliniczne</b>					
Rozpoznanie wstępne:					
Bóle (rodzaj, lokalizacja)					
Zaburzenia czucia (typ, zakres)					
Zaburzenia autonomiczne (typ, zakres)					
Zmiany troficzne (jakie, lokalizacja)					
Zaburzenia motoryczne (rodzaj, zakres)					
Czas trwania objawów					
Rozpoznane lub podejrzewane współistniejące schorzenia					
Przebyte leczenie farmakologiczne					
Mioglobinuria				Poziom kinazy kreatynowej	
Badanie elektrofizjologiczne					
Dodatkowe informacje, uwagi					
<b>Data i godz. pobrania materiału</b> .....			<b>Pieczętka i podpis lekarza kierującego</b>		
<b>Data i godz. utrwalenia materiału</b> .....					
<b>Data wystawienia skierowania</b> .....					
<b>Prosimy o zaznaczenie jednego z poniższych oświadczeń:</b>					
<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.					