

Data zabiegu.....

Klin.....Nr hist. chor.....

Nazwa ośrodka zlecającego

Numer ośrodka zlecającego

Nazwisko

Imię

Pesel

Adres

Rozpoznanie kliniczne/cel badania

Lokalizacja zmiany

STRONA

L

P

Zabieg

I-szy

Kolejny

.....

Poprzedni

Guz

A=pierwotny

B=przerzutowy

W przypadku B

Ognisko pierwotne Podejrzane/Ustalone

P/U

Ognisko pierwotne ..... Zabieg w roku .....

Najważniejsze objawy kliniczne (proszę zakreślić): padaczka, ból (lokalizacja.....) niedowład, zaburzenia czucia, widzenia, hormonalne : inne objawy

Początek objawów (czas trwania choroby)

Wywiad nowotworowy: poprzednio rozpoznane nowotwory u pacjentów tak/nie w rodzinie pacjenta tak/nie (jakie?)

Inne schorzenia:

Imię i Nazwisko: prawo wykonywania zawodu lekarza zlecającego

Operował:

Podpis osoby wypełniającej skierowanie

Data i godz. pobrania materiału \_\_\_\_\_

Data i godz. utrwalenia materiału \_\_\_\_\_

Rodzaj utrwalacza \_\_\_\_\_

Data wystawienia skierowania \_\_\_\_\_

Pieczętka i podpis lekarza kierującego

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.