

Ośrodek kierujący:		Zlecenie Badania CYTOLOGICZNEGO PŁYNU MÓZGOWO- RDZENIOWEGO 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		CITO		RUTYNOWY	
Oddział:					
Utrwalony w etanolu		inne			
Rozpoznanie kliniczne (lub podejrzenie)					
Dodatkowe informacje, uwagi					
Wyniki Badania					
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.					