

Ośrodek kierujący:		Zlecenie Badania CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA 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						
Rozpoznanie						
					ICD 10	
Data ostatniej miesiączki/ dzień cyklu	Data pobrania/utrwalenia materiału	Godz. pobrania/ utrwalenia materiału	Nr szkiełka	liczba szkiełek		
Wynik poprzedniego badania cytologicznego						
Rodzaj utrwalacza			Lekarz kierujący			
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.					