

I. Cennik Opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (stanowiacy załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego)

L.p.	Wyszczególnienie	Cena netto**	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1.	Za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej * (0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale)	Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz.1318 z późn zm.).	
2.	Za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej (0,0002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale)*		
3.	Za udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych (0,0004 przeciętnego wynagrodzenia)*		
4.	Dodatkowa dokumentacja badania densytometrii DXA	10,00	12,30
5.	Koszty przesyłki są zgodne z cenami Poczty Polskiej , które stanowią Załącznik do Cennika, powiększone o obowiązującą stawkę podatku VAT,		

*** Uwaga!** Aktualna cena dostępna w Kasie lub Dziale Księgowości.

Ceny ulegają zmianie od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokości przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. (Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. 2017, poz.1318 z późn.zm).

II. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentom bez skierowania i pacjentom nieubezpieczonym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (stanowiacy załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego)

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1	Porada specjalistyczna (Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane dla potrzeb porady płatne osobno wg cennika).	120,00
2	Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej	35,00
3	Porada specjalistyczna w Poradni Urologicznej	80,00

**** Uwaga!** Ze zwolnienia z podatku VAT korzystają usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze. (Ustawa z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, Dz. U. z 2017r., poz.1221 z późn. zm.). Usługi medyczne służące innym celom niż w/w podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami



**III. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja pacjentów
nieubezpieczonych (stanowiacy załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego)**

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1	Hospitalizacja pacjenta nieubezpieczonego	wg wyceny indywidualnej

**** Uwaga!** Ze zwolnienia z podatku VAT korzystają usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze. (Ustawa z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, Dz. U. z 2017r., poz.1221 z późn. zm.). Usługi medyczne służące innym celom niż w/w podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.



IV. Cennik opłat za badania diagnostyczne i inne procedury medyczne (stanowi załącznik nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego)

**1. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
I RADIOLOGII INTERWENCYJNEJ tel. 361-32-06, 361-32-07**

BADANIA RTG		
L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	RTG nosogardzieli	35,00
2	RTG gruczołów ślinowych	32,00
3	RTG zatok nosa	35,00
4	RTG nosa	32,00
5	RTG czaszki PA i boczne	40,00
6	RTG czaszki w projekcj bocznej	33,00
7	RTG czaszki w projekcj AP	33,00
8	RTG czaszki-styczne, celowane (siodło tureckie, zat.czołowe)	35,00
9	RTG twarzoczaszki	35
10	RTG okolicy czołowej	35,00
11	RTG okolicy żuchwy	35,00
12	RTG okol. nadoczodołowej	35,00
13	RTG oczodołu	35,00
14	RTG oczodołów	40,00
15	RTG oczodołów na ciało obce	45,00
16	RTG ok.jarzmowo-szczękowej	40,00
17	RTG potylicy	35,00
18	RTG kości skroniowej wg Schullera	45,00
19	RTG st.skroniowo-żuchwowy	40,00
20	RTG kr. szyjnego AP i boczne	40,00
21	RTG kr. szyjny celowane na ząb obrotnika	35,00
22	RTG kr. szyjny czynnościowe	40,00
23	RTG kr. szyjny skośne	40,00
24	RTG kr. szyjny celowane boczne kręgu	35,00
25	RTG kr. piersiowego AP i boczne	40,00
26	RTG kr. piersiowego celowane kręgu	35,00
27	RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego AP i boczne	40,00
28	RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego celowane kręgu	35,00
29	RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego skosy /czynnościowe	40,00
30	RTG stawów krzyżowo-biodrowych	35,00
31	RTG kości krzyżowej	35,00
32	RTG kości guzicznej	35,00
33	RTG kręgosłupa u dzieci w poz. stojącej AP (1 zdjęcie)	35,00
34	RTG kręgosłupa u dzieci w poz. stojącej AP i boczne 2 (zdjęcia)	40,00
35	RTG kręgosłupa Ts-Ls w pozycji stojącej AP (łącznie)	100,00
36	RTG Kręgosłupa Th-Ls AP i bok (łącznie)	150,00
37	Rtg tk. miękkich ściany klp	40,00
38	RTG żeber	40,00
39	RTG żeber skośne (jedna projekcja)	32,00
40	RTG mostka	35,00
41	RTG obojczyka	35,00
42	RTG obojczyków - porównawcze	40,00
43	RTG płuc PA/AP	35,00

44	RTG płuc PA i boczne	40,00
45	RTG płuc PA i boczne lewe z barytem	50,00
46	RTG płuc - boczne	35,00
47	RTG celowane na szczyty	35,00
48	RTG tchawicy	35,00
49	Wlew doodbytniczy	180,00
50	RTG przełyku ze środkiem kontrastowym	100,00
51	RTG żołądka i dwunastnicy	110,00
52	RTG pasaż przewodu pokarmowego	160,00
53	RTG j. brzusznej	40,00
54	RTG j. brzusznej celowane	35,00
55	RTG j. brzusznej i kłp ciało obce	45,00
56	RTG barku	35,00
57	RTG barku osiowe	35,00
58	RTG ramienia	35,00
59	RTG ramienia -transtorakalne	38,00
60	RTG łopatki	35,00
61	RTG łokcia AP i boczne	35,00
62	RTG przedramienia AP i boczne	35,00
63	RTG nadgarstka	35,00
64	RTG ręki	35,00
65	RTG śródreżcza	35,00
66	RTG rąk-porównawcze	40,00
67	RTG celowane k.k.górnej	35,00
68	RTG k. łódeczkowatej nadgarstka	35,00
69	RTG k. grochowatej nadgarstka	35,00
70	RTG palca ręki	35,00
71	RTG ręki na ciało obce	33,00
72	RTG miednicy	38,00
73	RTG spojenia łonowego	35,00
74	RTG st. biodrowego	35,00
75	RTG st. biodrowego - osiowe	35
76	RTG st biodrowych - porównawcze	38,00
77	RTG uda	35,00
78	RTG st.kolanowego	35,00
79	RTG kolan	50,00
80	RTG podudzia	35,00
81	RTG st. skokowego	35,00
82	RTG stopy	35,00
83	RTG stóp - porównawcze	38,00
84	RTG rzepki	35,00
85	RTG palców stopy	35,00
86	RTG pięty	30,00
87	RTG pięt - porównawcze	35,00
88	RTG celowane k.k.dolnej	35,00
89	RTG tkanek miękkich kończyny górnej	35,00
90	RTG tkanek miękkich kończyny dolnej	35,00
91	RTG kości kończyny dolnej AP (łącznie)	100,00
92	RTG kości kończyny dolnej AP i bok (łącznie)	150,00
93	Urografia z kontrastem niejonowym	280,00

BADANIA USG

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Biopsja tarczycy pod kontrolą USG	150,00
	USG tarczycy	25,00
	nakłucie do PCI	80,00
	badanie cytologiczne	45,00
2	Biopsja nadnerczy pod kontrolą USG	150,00
3	Biopsja układu limfatycznego pod kontrolą USG	150,00
4	Biopsja wątroby pod kontrolą USG	150,00
5	Biopsja trzustki pod kontrolą USG	150,00
6	Biopsja nerki pod kontrolą USG	150,00
7	Biopsja piersi pod kontrolą USG	150,00
8	USG tarczycy i przytarczyc	80,00
9	USG doppler naczyń szyi	110,00
10	USG węzłów chłonnych szyi	80,00
11	USG ślinianek	80,00
12	USG przezciężarkowe	90,00
13	USG krtani	80,00
14	USG piersi	90,00
15	USG jamy opłucnej	80,00
16	USG doppler -naczyń nerkowych	120,00
17	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	80,00
18	USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	80,00
19	USG gruczołu krokowego	110,00
20	USG zakrzepicy żył głębokich	150,00
21	USG kolorowe naczyń obwodowych 2D z analizą spektralną	110,00
22	USG kolorowe naczyń obwodowych 2D power doppler	110,00
23	USG kolorowe naczyń obwodowych 2D B-flow	110,00
24	USG doppler tk narządów mięsnych	110,00
25	USG doppler naczyń kończyn górnych	110,00
26	USG doppler naczyń kończyn dolnych	110,00
27	USG węzłów chłonnych położonych powierzchownie	80,00
28	USG kończyny górnej (mięśnie, ścięgna)	90,00
29	USG kończyny dolnej (mięśnie, ścięgna)	90,00
30	USG stawu barkowego	120,00
31	USG stawu łokciowego	120,00
32	USG stawów rąk	120,00
33	USG stawów stóp	120,00
34	USG stawu biodrowego	120,00
35	USG stawów biodrowych	200,00
36	USG stawów biodrowych niemowląt	100,00
37	USG stawu kolanowego	120,00
38	USG stawów kolanowych	200,00
39	USG jąder	80,00

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	TK głowy bez kontrastu	200,00
2	TK głowy bez kontrastu i z kontrastem	300,00
3	Angio TK tętnic szyjnych	510,00

4	Angio TK tętnic śródczaszkowych	510,00
5	Tk zatok bez kontrastu	220,00
6	TK oczodołu bez kontrastu	220,00
7	TK kości skroniowych bez kontrastu	220,00
8	TK stawów żuchwowych bez kontrastu	220,00
9	TK twarzoczaszki bez kontrastu	220,00
10	TK zatok bez i z kontrastem	300,00
11	TK oczodołu bez i z kontrastem	300,00
12	TK kości skroniowych bez i z kontrastem	300,00
13	TK stawów żuchwowych bez i z kontrastem	300,00
14	TK twarzoczaszki bez i z kontrastem	300,00
15	TK szyi bez kontrastu	220,00
16	Tk szyi bez kontrastu i z kontrastem	400,00
17	TK klatki piersiowej bez kontrastu	270,00
18	TK klatki piersiowej HRCT	350,00
19	TK klatki piersiowej bez i z kontrastem	380,00
20	Angio TK tętnic płucnych	420,00
21	Angio TK aorty piersiowej	420,00
22	TK głowy z kontrastem	290,00
23	TK brzucha bez kontrastu	280,00
24	TK miednicy malej bez kontrastu	250,00
25	TK brzucha bez i z kontrastem	400,00
26	TK miednicy malej bez i z kontrastem	350,00
27	TK brzucha bez i z kontrastem (wielofazowe)	450,00
28	Angio TK aorty brzusznej	450,00
29	Angio TK tętnic nerkowych	450,00
30	TK układu kostno-stawowego kończyny górnej bez kontrastu	300,00
31	TK układu kostno-stawowego kończyny górnej bez i z kontrastem	400,00
32	TK układu kostno-stawowego kończyny dolnej bez kontrastu	300,00
33	TK układu kostno-stawowego kończyny dolnej bez i z kontrastem	400,00
34	TK szyi z kontrastem	350,00
35	TK kości miednicy bez kontrastu	250,00
36	Angio TK kończyn dolnych/ górnych	520,00
37	Angio TK innej okolicy anatomicznej	520,00
38	TK kręgosłupa szyjnego bez kontrastu	250,00
39	TK kręgosłupa szyjnego bez i z kontrastem	380,00
40	TK kręgosłupa piersiowego bez kontrastu	250,00
41	TK kręgosłupa piersiowego bez i z kontrastem	380,00
42	TK kręgosłupa lędźwiowego bez kontrastu	250,00
43	TK kręgosłupa lędźwiowego bez i z kontrastem	380,00
44	TK kości miednicy bez i z kontrastem	380,00
45	TK brzucha z miednicą małą bez i z kontrastem	600,00

REZONANS MAGNETYCZNY		
L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	MR ocodołów bez kontrastu	410
2	MRI oczodołów z kontrastem	500,00
3	MR mózgu i pnia mózgu bez kontrastu	400,00
4	MR mózgu i pnia mózgu z kontrastem	550,00
5	MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny górnej bez kontrastu	480,00
6	MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny górnej bez i z kontrastem	600,00
7	MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny dolnej bez kontrastu	480,00
8	MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny dolnej bez i z kontrastem	600,00
9	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu	400,00
10	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowego bez kontrastu	400,00

11	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu	400,00
12	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem	600,00
13	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowego z kontrastem	600,00
14	MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem	600,00
15	MR jamy brzusznej bez kontrastu	480,00
16	MR jamy brzusznej z kontrastem	630
17	MRI oczodołów bez kontrastu	410,00
18	MR jamy brzusznej z kontrastem	630,00
19	Angio MR naczyń śródczaszkowych bez kontrastu	480,00
20	MR przysadki mózgowej z kontrastem	670,00
21	MR gruczołów piersiowych z kontrastem	670,00
22	MR kanału rdzeniowego na poziomie dwóch odcinków kręgosłupa	700,00
23	MR układu mięśniowo-szkieletowego dwóch okolic anatomicznych bez i z kontrastem	850,00

MAMMOGRAFIA		
Lp.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Biopsja mammotoniczna	2100,00
2	Mammografia jednej piersi	50,00
3	Mammografia obu piersi	100,00

DENSYTOMETRIA		
Lp.	Nazwa badania	Cena netto**
1	DXA szyjki kości udowej	60,00
2	DXA kręgosłupa	60,00
3	DXA przedramienia	60,00
4	DXA dwóch obszarów	100,00
5	DXA całego ciała	120,00

**2. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
tel. 361-31-28**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
I.	HEMATOLOGIA	
1	Morfologia krwi z rozdziału leukocytów	9,00
2	Mikroskopowy obraz krwi obwodowej	18,00
4	Retikulocyty	15,00
5	Płytki krwi	8,00
6	Korekcja liczby płytek krwi(EDTA+ cytrynian sodu)	18,00
7	OB.	10,00
II.	KOAGULOLOGIA	
1	Antytrombina III	30,00
2	APTT -czas kaolinowo-kefalinowy	8,00
3	D-dimery	22,00

4	Fibrynogen	10,00
5	INR	8,00
6	Białko S	40,00
7	Białko C	40,00
8	Czynnik VIII	40,00
9	Test korekcji APTT	30,00
III.	ANALITYKA OGÓLNA	
1	Kał-krew utajona	15,00
2	Kał-pasożyty (jedno oznaczenie)	8,00
3	Kał-test na obecność antygenu lamblii	30,00
4	Mocz-badanie ogólne z oceną mikroskopową osadu	10,00
5	Glukoza w moczu	5,00
6	Białko w moczu	15,00
7	Mikroalbuminuria	22,00
8	Mocz-dobowe wydalenie: mocznika, kreatyniny, kwasu moczowego, sodu, potasu, chlorków, wapnia, magnezu, fosforanu nieorganicznego. Każde badanie wg cennika szczegółowego (patrz: chemia kliniczna)	
9	Amylaza w moczu	7,00
10	Wymaz z odbytu na obecność owsików	10,00
11	Helikobakter pylori w kale	25,00
IV.	CHEMIA KLINICZNA	
1	Albumina	10,00
2	ALT - Aminotransferaza alaninowa	5,00
3	AST - Aminotransferaza asparaginianowa	5,00
4	Amylaza	7,00
5	Białko całkowite	5,00
6	Bilirubina bezpośrednia (związana)	8,00
7	Bilirubina całkowita	6,00
8	Bilirubina pośrednia (wolna)	5,00
9	CRP w surowicy	15,00
10	CRP ultraczułe	130,00
11	Cholesterol całkowity	5,00
12	Cholesterol LDL (met. bezpośrednią)	
13	Cholesterol HDL	11,00
14	LDH – Dehydrogenaza mleczanowa	6,00
15	ALP - Fosfataza zasadowa	6,00
16	Fosforany nieorganiczne	5,00
17	GGTP -Gammaglutamylotranspeptydaza	6,00
18	Gazometria (RKZ)	6,00
19	Glukoza	30,00
20	Doustne testy tolerancji glukozy	5,00
21	OGTT (2pkt):doustny test tolerancji glukozy (75 g)	10,00
22	OGTT(3pkt): doustny test tolerancji glukozy (75 g)	15,00
23	Immunofiksacja	120,00
24	CK - Kinaza fosfokreatynowa	10,00
25	CK-MB Mass	25,00
26	Kreatynina + GFR	6,00
27	Kwas moczowy	7,00
28	Lipidogram (ChOL, HDL, TG,LDL- wyliczany)	21,00
29	Magnez	6,00
30	Mocznik	5,00
31	Osmolalność moczu	10,00
32	Osmolalność surowicy	10,00
33	Proteinogram	50,00
34	Potas- surowica	6,00

35	Potas – krew włośniczkowa	30,00
36	Trójjlicerydy	5,00
37	Wapń całkowity	6,00
38	Wapń zjonizowany	30,00
39	Żelazo	6,00
40	Sód	6,00
41	Sód – krew włośniczkowa	30,00
42	Chlorki- surowica	6,00
43	Chlorki krew włośniczkowa	30,00
44	Troponina T wysokiej czułości	30,00
45	Prokalcytonina	50,00
46	NT proBNP	60,00
47	Homocysteina	50,00
48	Kwasy żółciowe	40,00
V.	DIAGNOSTYKA CHOROÓB TARCZYCY	
1	FT3 – wolna trójjodotyronina	16,00
2	FT4 – wolna tyroksyna	16,00
3	TSH 3 gen.- hormon tyreotropowy	14,00
4	Anty-TG- Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	35,00
5	Anty-TPO - Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	35,00
VI.	HORMONY PŁCIOWE	
1	Estradiol	22,00
2	FSH – Hormon folikulotropowy	22,00
3	Beta-HCG	30,00
4	LH – Hormon luteinizujący	22,00
5	Prolaktyna	22,00
6	Progesteron	22,00
7	Prolaktyna – test z metoklopramidem -na zlecenie lekarza	44,00
8	Testosteron	22,00
VII.	HORMONY I METABOLITY	
1	DHEA-S- Siarczan dehydroepiandrosteronu	35,00
2	Kortyzol w surowicy	30,00
3	Kortyzol w ślinie	40,00
4	Witamina D3	50,00
5	Kwas wanilinomigdałowy w DZM	50,00
VIII.	POZOSTAŁE HORMONY	
1	PTH - Parathormon	30,00
2	ACTH	30,00
IX.	DIAGNOSTYKA NIEDOKRWISTOŚCI	
1	Ferrytyna	30,00
2	Witamina B12	22,00
3	Transferyna	22,00
4	TIBC- całkowita zdolność wiązania żelaza	16,00
5	UIBC – utajona zdolność wiązania żelaza	10,00
6	Wysycenie transferyny	50,00
7	Kwas foliowy	25,00
X.	MARKERY NOWOTWOROWE	
1	AFP – alfa-fetoproteina	25,00
2	Antygen CA-125	25,00
3	Antygen CA - 15-3	25,00
4	Antygen CA - 19-9	25,00
5	HE4	74,00
6	ROMA	95,00
7	CEA – Antygen karcynoembrionalny	25,00

8	PSA-Anygen swoisty dla stercza (całkowity)	25,00
9	Index PSA-wolne/PSA-całkowite	70,00
10	Kalcytonina	40,00
XI.	MONITOROWANIE LEKÓW	
1	Karbamazepina	50,00
2	Kwas walproinowy	60,00
3	Amikacyna	50,00
4	Gentamycyna	50,00
5	Tobramycyna	50,00
6	Wankomycyna	50,00
7	Salicylany	60,00
8	Paracetamol	40,00
XII.	DIAGNOSTYKA CHOROÓB ALERGICZNYCH	
1	IgE - całkowite	25,00
2	IgE sp.d1 Dermatophagoides pteronyssinus	40,00
3	IgE sp.d2 Dermatophagoides farinae	40,00
4	IgE sp. Sierść kota	40,00
5	IgE sp. Sierść psa	40,00
6	IgE sp. Brzoza	40,00
7	IgE sp. Tymotka	40,00
8	IgE sp. Bylica pospolita	40,00
9	IgE sp. Alternaria alternata	40,00
10	IgE sp. Mleko	40,00
11	IgE sp. Kazeina	40,00
12	IgE sp. Białko jajka	40,00
13	IgE sp. Ovomucoid	40,00
14	IgE sp. Gluten	40,00
15	IgE sp. Orzeszek ziemny	40,00
16	IgE sp. Orzech włoski	40,00
17	IgE sp. Orzech laskowy	40,00
18	IgE sp. Pszczoła	40,00
19	IgE sp. Osa	40,00
20	Tryptaza	90,00
21	Test Phadiatop- różnicowanie alergii	40,00
XIII.	BIAŁKA SPECYFICZNE	
1	RF-Czynnik reumatoidalny	15,00
2	ASO –Antystreptolizyna O	30,00
3	Immunoglobina A	25,00
4	Immunoglobina G	25,00
5	Immunoglobina M	25,00
6	Łańcuchy lekkie KAPPA w surowicy	30,00
7	Łańcuchy lekkie LAMBDA w surowicy	30,00
8	Łańcuchy wolne lekkie KAPPA w surowicy	70,00
9	Łańcuchy wolne lekkie LAMBDA w surowicy	70,00
XIV.	BADANIE NASIENIA wg WYTYCZNYCH WHO 2010	
1	Badanie podstawowe nasienia z oceną żywotności i morfologią plemników	150,00
XV.	DIAGNOSTYKA CUKRZYCY	
1	HbA1c - Hemoglobina glikowana	22,00
2	Insulina	30,00
3	C-peptyd	30,00
XVI.	DIAGNOSTYKA CHOROÓB ZAKAŹNYCH	
1	HBs- antygen WZW typu B	15,00
2	HBs- antygen – Test potwierdzający dodatniego HBs Ag	30,00
3	Przeciwciała anty- HBs	25,00

4	HIV - Ag p24/Ab HIV1/HIV2	25,00
5	Przeciwciała anty -HCV	25,00
6	CMV(Wirus cytomegalii) – p/ciała IgM	40,00
7	CMV(Wirus cytomegalii) – p/ciała IgG	40,00
8	Toxoplazma gondii – p/ciała IgM	30,00
9	Toxoplazma gondii – p/ciała IgG	30,00
10	p/ciała przeciwko krętkowi blademu(kiła)	30,00
11	Helicobacter pylori – p/ciała IgG	50,00
12	Borrelia burgdorferi p/ciało IgG	30,00
13	Borrelia burgdorferi p/ciało IgM	30,00
14	Borrelia burgdorferi p/ciało IgG Western Blot	100,00
15	Borrelia burgdorferi p/ciało IgM Western Blot	100,00
16	HCV – Test potwierdzenia	150,00
17	HIV - Test potwierdzenia	150,00
XVII.	BADANIA TOKSYKOLOGICZNE	
1	Alkohol etylowy	50,00
2	Leki i narkotyki w moczu (test jakościowy)	
3	* Amfetamina	20,00
4	* Barbiturany	20,00
5	* Benzodiazepiny	20,00
6	* Eskstaza	20,00
7	* Kokaina	20,00
8	* Metadon	20,00
9	* Metamfetamina	20,00
10	* Opiaty	20,00
11	* THC (marihuana)	20,00
12	COHb - Hemoglobina tlenkowąglowa	30,00
13	MetHb - Methemoglobina	30,00
XX.	AUTOIMMUNOLOGIA	
1	ANA test przeglądowy	45,00
2	p/c przeciwwjadrowe ds DNA	40,00
3	p/c przeciwwjadrowe RNP 70	40,00
4	p/c przeciwwjadrowe anty Sm	40,00
5	p/c przeciwwjadrowe anty SS-A (Ro)	40,00
6	p/c przeciwwjadrowe anty SS-B (Ro-60)	40,00
7	p/c przeciwwjadrowe anty SS-B (La)	40,00
8	p/c przeciwwjadrowe Jo-1	35,00
9	p/c przeciwwjadrowe Scl-70	35,00
10	p/c przeciwwjadrowe CENP	35,00
11	p/c przeciwwjadrowe Rib-P	40,00
12	p/c przeciwwjadrowe Fibrillarin	50,00
13	p/c przeciwwjadrowe PM-Scl	40,00
14	p/c przeciwwjadrowe PCNA	40,00
15	p/c przeciwwjadrowe Mi-2	50,00
16	p/c przeciwwjadrowe U1RNP	50,00
17	p/c przeciww kardiolipinowe IgG (antyfosfolipidowe)	40,00
18	p/c przeciww kardiolipinowe IgM (antyfosfolipidowe)	40,00
19	p/c przeciww beta2 glikoproteinie –1 IgG	50,00
20	p/c przeciww beta2 glikoproteinie –1 IgM	50,00
21	p/c przeciww MPR (pANCA)	40,00
22	p/c przeciww PR3 (cANCA)	40,00
23	p/c przeciww receptorom TSH (TRAb)	70,00
24	p/c przeciww transglutaminazie tkankowej IgA	40,00
25	p/c przeciww transglutaminazie tkankowej IgG	40,00
26	p/c przeciww gliadynowe IgA	45,00

27	p/c przeciw gliadynowe IgG	45,00
28	p/c przeciw gliadynowe IgG	45,00
SEROLOGIA GRUP KRWI		
1	Badanie przeglądowe przeciwciał	20,00
2	Grupa krwi w układzie ABO i RhD z badaniem przeglądowym przeciwciał	30,00
3	Bezpośredni test antyglobulinowy (BTA)	20,00
4	Krewkarta (dwukrotne oznaczenie grupy krwi + wydruk Krewkarty)	50,00
5	Wydruk Krewkarty	10,00
XX.	Badania wysokospecjalistyczne	
1	Albumina w PMR	25,00
2	Badanie ogólne PMR	60,00
3	Białko oligoklonalne w PMR	250,00
4	Mikroskopowa ocena preparatu z PMR	50,00
5	Badanie ogólne płynu stawowego	60,00
6	Badanie płynu z jam ciała – płyn otrzewnowy	50,00
7	Badanie płynu z jam ciała -płyn osierdziowy	50,00
8	Beta-amyloid	350,00
9	Białko Tau całkowite	350,00
10	Białko Tau fosforylowane	350,00
11	Mielogram	100,00
12	Grupa krwi w układzie ABO i RhD u noworodka	30,00
13	Kwalifikacja do badania immunoglobuliny anti-D	50,00
14	Próba zgodności serologicznej z pierwszą jednostką krwi	25,00
15	Próba zgodności serologicznej z kolejną jednostką krwi	15,00
16	Próba zgodności serologicznej dla noworodka	60,00
17	Próba zgodności serologicznej dla noworodka	60,00
XXI	MIKROBIOLOGIA	
1	Wymaz z gardła	20,00
2	Wymaz z nosa	20,00
3	Wymaz z oka	20,00
4	Wymaz z ucha	20,00
5	Wymaz z cewki moczowej	20,00
6	Wymaz kanału szyjki macicy	20,00
7	Wymaz z pochwy	20,00
8	Wymaz z prącia	20,00
9	Wymaz z rany	20,00
10	Wymaz ze zmian skórnych	20,00
11	Posiew - mocz	20,00
12	Posiew nasienie	20,00
13	Posiew - płwocina	20,00
14	Posiew – płyn opłucnowy	20,00
15	Posiew – płyn otrzewnowy	20,00
16	Posiew - PMR	20,00
17	Posiew - krew	20,00
18	Posiew – kał u dorosłych	20,00
19	Posiew – kał u dzieci do 2 lat	20,00
20	Posiew -kał SS	40,00
21	Posiew – w kierunku Yersinia i dcampylobacter	60,00
22	Antybiogram – posiew tlenowy	40,00
23	Antybiogram – posiew beztlenowy	80,00
24	Posiew – kał w kierunku grzybów	20,00
25	Mykogram	50,00
26	Biocenoza pochwy	20,00
27	GBS	60,00

28	Clostridium Difficile GDH+TOX	70,00
29	Kał/Rota/Adenowirus test	20,00
30	Nużeniec	50,00
31	Sporal	20,00
32	Wymaz z gardła kolonizacja MSSA/MRSA	20,00
33	Wymaz z nosa kolonizacja MSSA/MRSA	20,00
34	Wymaz z odbytu kolonizacja MSSA/MRSA	20,00
35	Wymaz lub odcisk	35,00
XXII.	INNE	
1	Dopłata do badań CITO	30% ceny

Istnieje możliwość negocjacji ceny zgodnie z wewnętrzną polityką cenową szpitala

**3. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ PRACOWNIĘ HEMATOLOGII I CYTOMETRII PRZEPŁYWOWEJ
tel. 361-36-37**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
I	HEMATOLOGIA	
1	Morfologia krwi obwodowej CBC	8,00
2	Morfologia krwi z rozdziałem leukocytów CBC+5 DIFF	12,00
3	Mikroskopowy obraz krwi obwodowej	10,00
4	Retikulocyty	15,00
5	Płytki krwi (mikroskopowo)	8,00
6	Czas krwawienia (ocena funkcji płytek krwi)	8,00
7	Płytki krwi we krwi cytrynianowej	8,00
8	Płytki krwi metodą fluorescencyjną	10,00
9	Mielogram	100,00
10	Barwienie cytochemiczne EST: aktywność esterazy nieswoistej w leukocytach	65,00
11	Barwienie cytochemiczne POX: aktywność mieloperoksydazy w leukocytach	65,00
12	Barwienie cytochemiczne PAS: obecność glikogenu w	65,00
13	Barwienie cytochemiczne: wolne żelazo w szpiku	65,00
14	Barwienie cytochemiczne FAG: aktywność fosfatazy	65,00
15	Test wodno-cukrowy	8,00
16	Czynnik II	65,00
17	Czynnik V	65,00
18	Czynnik VII	80,00
19	Czynnik IX	80,00
20	Czynnik X	65,00
21	Czynnik XI	80,00
22	Czynnik XII	80,00
23	Czynnik von Willebranda aktywność	80,00
24	Czynnik von Willebranda antygen	80
	CYTOMETRIA PRZEPŁYWOWA	
1	Immunofenotypowanie: Chłoniak T pełny panel	700,00
2	Immunofenotypowanie: Chłoniak B pełny panel	700,00
3	Immunofenotypowanie: Ostra białaczka panel przesiewowy	700,00
4	Immunofenotypowanie: Ostra białaczka pełny panel	1300,00
5	Immunofenotypowanie: Chłoniak B klonalność 5 antygenów	200,00
6	Immunofenotypowanie: Chłoniak B klonalność 4 antygeny	180,00
7	Immunofenotypowanie: Plazmocyty	400,00

8	Immunofwnotypowanie: Limfocyty T CD4/CD8	150,00
9	Immunofwnotypowanie: Subpopulacja limfocytów TBNK	220,00
10	Immunofwnotypowanie: Subpopulacja limfocytów TBNK multitest	220,00
11	Antygen HLA B-27 metodą cytometrii przepływowowej	130

**4. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ ZAKŁAD PATOMORFOLOGII
tel. 361-31-56**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**	Cena brutto (cena netto +23% Vat)
1.	Badanie histopatologiczne wycinków (pobranie wycinków wg standardów określonych przez PTP) – za jeden bloczek parafinowy. <i>W cenę badania wliczone są niezbędne barwienia histochemiczne.</i>	24,00	ZW
2.	Badanie cytologiczne płynów ustrojowych (z wyjątkiem moczu)	25,00	ZW
3.	Badanie cytologiczne moczu	55,00	ZW
4.	Badanie cytologiczne aspiratów cienkoigłowych – z jednego miejsca pobrania niezależnie od liczby pobranych preparatów	27,00	ZW
	Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z dwóch miejsc pobrania – do 5 preparatów	40,00	ZW
	Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z trzech miejsc pobrania – do 7 preparatów	50,00	ZW
	Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z czterech miejsc pobrania – do 8 preparatów	65,00	ZW
5.	Biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG – ocena preparatów wykonanych w MSzS Sp. z o.o.	45,00	ZW
6.	Ocena preparatów z powtórnej biopsji cienkoigłowej tarczycy pod kontrolą USG wykonanych w MSzS Sp. z o.o.	30,00	ZW
7.	Badanie cytologiczne materiałów z endoskopowej biopsji cienkoigłowej do 3 preparatów.	30,00	ZW
	Za każdy następny preparat dodatkowo	8,00	ZW
8.	Badanie cytologiczne rozmazów ginekologicznych – za jeden rozmaz zawierający materiał z tarczy i szyjki macicy (bez pobrania materiału)	13,00	ZW
9.	Badanie cytologiczne rozmazów ginekologicznych – za jeden rozmaz zawierający materiał z tarczy i szyjki macicy wraz z dostarczeniem szczoteczki i szkiełek mikroskopowych	13,5	ZW
10.	Bad. cytologiczne rozmazów ginekologicznych - z pobraniem materiału w tym: pobranie materiału - 21,00 (Por.Gin.) badanie - 13,00 (Z-d Patomorfologii)	34,00	ZW
11.	Badanie śródoperacyjne	60,00	ZW
12.	Dodatkowe badania immunohistochemiczne niezbędne do postawienia rozpoznania	60,00 za odczyn	ZW
13.	Oznaczenie receptorów estrogenowych, progesteronowych i indeksu proliferacyjnego w raku piersi	60,00 za odczyn	ZW
14.	Oznaczenie receptora HER 2 metodą immunohistochemiczną	60,00	ZW
15.	Oznaczenie receptora HER 2 metodą FISH	400,00	ZW

16	Badanie p 16 metodą immunohistochemiczną	80	ZW
17	Anatomopatologiczna sekcja zwłok	284,55	350,00
18	Przechowywanie zwłok pacjentów zmarłych poza szpitalem	65,04 za dobę	80,00
19	Badanie cytologii ginekologicznej na podłożu płynnym ze szczoteczką i pojemnikiem na badanie - LBC	55,00	ZW
20	Pakiet 1: LBC + test 14 HR HPV 3 grupy	0,00	ZW
21	Pakiet 2: LBC + test 14 HR HPV 2 grupy	130,00	ZW
22	Pakiet 3: LBC + test 12 HR HPV 2 LR HPV	140,00	ZW
23	Pakiet 4: LBC + test 24 HR HPV	200,00	ZW
24	Pakiet 5: LBC + test HPV 35	250,00	ZW
25	Pakiet 6: LBC + test HPV 49	270,00	ZW
26	Pakiet 7: LBC + 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma specis, Mycoplasma genitalium lub hominis	165,00	ZW
27	Pakiet 8: LBC + Pakiet Infekcyjny: HPV 12 HR + HPV 2 LR + Chlamydia Trachomatis + Ureaplasma specis + Mycoplasma genitaliom lub homonis	240,00	ZW
Testy molekularne na podłożu płynnym			
28	Test 14 HR HPV 3 grupy	110,00	ZW
29	Test 14 HR HPV 2 grupy	105,00	ZW
30	Test 12 HR HPV + 2 LR HPV	115,00	ZW
31	Test 24 HR HPV	175,00	ZW
32	Test HPV 35	225,00	Zw
33	Test HPV 49	245,00	
34	Pakiet potrójny – 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium lub hominis	145,00	
35	Pakiet infekcyjny: HPV 12 HR + HPV 2 LR + Chlamydiatrachomatis + Ureaplasma species + Mycoplasma genitaliom lub hominis	215,00	
36	Test HPV 2 (typy niskogenne: 6,11)	90,00	
37	Test HPV typ 1 i 2	140,00	
38	Chlamydia trachomatis lub Ureaplasma specis lub Neisseria gonorrhoeae	80,00	
39	Mycoplasma hominis/ Mycoplasma genitalium	110,00	
Testy wykonane dodatkowo po wcześniejszym badaniu cytologii ginekologicznej na podłożu płynnym LBC			
40	Test 14 HR HPV 3 grupy	90,00	
41	Test 14 HR HPV 2 grupy	85,00	
42	Test 12 HR HPV + 2 LR HPV	95,00	
43	Test 24 HR HPV	155,00	
44	Test HPV 35	205,00	
45	Test HPV 49	225,00	
46	Pakiet potrójny – 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium lub hominis	120,00	
47	Pakiet infekcyjny: HPV 12 HR + HPV 2 LR + Chlamydia trachomatis + Ureaplasma species + Mycoplasma genitaliom lub hominis	195,00	
48	Test HPV 2 (typy niskoonkogenne: 6, 11)	90,00	
49	Test HSV typ 1 i 2	140,00	

50	Chlamydia trachomatis lub Ureaplasma specis lub Neisseria gonorrhoeae	80,00	
51	Mycoplasma hominis/ Mycoplasma genitalium	110,00	
52	Badanie CIntecPlus-p16+ki67	210,00	

**5. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ PRACOWNIĘ DIAGNOSTYKI KARDIOLOGICZNEJ I ODDZIAŁ KARDIOLOGII
tel. 361-31-12**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	Badanie USG serca dorosłych wykonywane aparatem VIVID 6 z funkcją Power Doppler oraz Dopplerem kolorowym	120,00
2.	Badanie USG serca sondą przezprzełykową wielopłaszczyznową aparatem VIVID 6 z funkcją Power Doppler oraz Dopplerem kolorowym	300,00
3.	Badanie „Stress Echo” z dobutaminą	400
4.	Badanie 24h monitorowanie EKG metodą Holtera z analizą odcinka ST, analizą w migotaniu przedsionków oraz analizą zmienności rytmu, wykonywane aparatem amerykańskiej firmy Reynolds - 3 odprowadzenia – 24 h – 48 h – 72 h	100,00 160,00 220,00
5.	Badanie 24 monitorowanie EKG metodą Holtera z analizą odcinka ST, analizą w migotaniu przedsionków oraz analizą zmienności rytmu, wykonywane aparatem firmy Margot Medical-12 odprowadzeń	150
6.	Badanie 24h monitorowanie ciśnienia metodą Holtera wykonywane aparatem firmy Margot Medical -12 odprowadzeń	100,00
7.	Kardiologiczne testy wysiłkowe wykonywane na bieżni TRACK MASTER Biomedical Systems	120,00
8.	Badanie EKG spoczynkowe – 12 odprowadzeń	30,00
9.	Badanie EKG spoczynkowe z opisem – 12 odprowadzeń	40,00

**6. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ PORADNIĘ KARDIOLOGICZNĄ DLA DZIECI**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Badanie USG serca dzieci wykonywane aparatem VIVID 4 z funkcją Power Doppler oraz Dopplerem kolorowym	120,00
2	Badanie 24h monitorowanie EKG metodą Holtera z analizą odcinka ST, analizą w migotaniu przedsionków oraz analizą zmienności rytmu, wykonywane aparatem amerykańskiej firmy Reynolds	100,00
3	Badanie 24h monitorowanie ciśnienia metodą Holtera wykonywane aparatem firmy Margot Medical	100,00
4	Badanie EKG spoczynkowe – 12 odprowadzeń	30,00
5	Badanie EKG spoczynkowe z opisem – 12 odprowadzeń	40,00

**7. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ PRACOWNIĘ AUDIOLOGICZNĄ**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	ABR diagnostyczne	82,00
2.	ABR progi	102,00
3.	ABR w narkozie	169,00
4.	Akumetria	25,00
5.	Audiogram tonalny u dorosłych	33,00
6.	Audiogram tonalny u dzieci	36,00
7.	VNG	154,00
8.	Otoemisja	51,00

9.	Protezowanie narządu słuchu	56,00
10.	Próba Fowlera	26,00
11.	Próba Lüschera	28,00
12.	Próba SISI	20,00
13.	Próba Stenversa	26,00
14.	Test czynności trąbek słuchowych	20,00
15.	Test Decay	20,00
16.	Tympanogram + odruchy strzemiączkowe	26,00
17.	Videolaryngostroboskopia	102,00

**8. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ ODDZIAŁ PULMONOLOGII I ONKOLOGII PULMONOLOGICZNEJ
ORAZ PORADNIĘ CHOROÓB PŁUC I GRUŻLICY
tel. 361-30-64, 361-30-62, 361-30-60**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Konsultacja i porada z zakresu chorób płuc	120,00
2	Konsultacja i porada torakochirurgiczna	120,00
3	Badanie bronchoskopowe diagnostyczne (koszty badania pobranego materiału płatne osobno wg cennika szczegółowego)	300,00
4	Przezoskrzelowa biopsja śródpiersia lub płuc pod kontrolą USG (EBUS) (koszty badania pobranego materiału płatne osobno wg cennika szczegółowego)	2000,00
5	Punkcja opłucnej (zwykła igła)	130,00
6	Spirometria zwykła z oceną	45,00
7	Spirometria z próbą rozkurczową lub prowokacyjną	55,00
8	6 minutowy Test chodu (wysiłkowy)	80,00
9	Pulsoksymetr. 1 min.	3,00
10	Dyfuzja CO (DLCO)	80,00
11	Pletyzmografia	130,00

**9. USŁUGI MEDYCZNE Z ZAKRESU OKULISTYKI
tel. 361-48-45**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**	
1.	Konsultacja lekarza specjalisty	120,00	
		jedno oko	dwoje oczu
II.	BADANIA DIAGNOSTYCZNE		
1	Autorefraktometria	-	15,00
2	Autorefraktokeratometria	-	20,00
3	Badanie dna oka z obwodem (Panfundoskopia) z opisem	50,00	100,00
4	Perymetria statyczna komputerowa	40,00	80,00
5	Perymetria kinetyczna komputerowa	40,00	80,00
6	Test Schirmera	5,00	10,00
7	Badanie pocucia barw	5,00	10,00
8	Egzoftalmometria (pomiar wytrzeszczu)	10,00	20,00
9	Pobranie materiału z worka spojówkowego na badanie bakteriologiczne	20,00	40,00
10	Gonioskopia z opisem	20,00	40,00
11	TONOMETRIA:		
	· Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem aplanacyjnym	-	20,00
	· Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego metodą bezkontaktową	-	15,00
12	Krzywa dzienna ciśnienia śródgałkowego	-	150,00
13	Dokumentacja fotograficzna przedniego odcinka oka	80,00	
14	Dokumentacja fotograficzna dna oka + autofluorescencja z opisem	150,00	
15	Angiografia fluoresceinowa	-	260,00
16	Angiografia fluoresceinowa z OCT	-	320,00
17	Angio-OCT	-	200,00

18	USG gałki ocznej – z opisem	50,00	100,00
19	USG gałki ocznej UBM	60,00	120,00
20	OCT – tomografia siatkówki i płamki	60,00	120,00
21	OCT – tomografia oczna progresji jaskry : OCT GCC+RNFL+topografia nerwu wzrokowego	70,00	140,00
22	Pachymetria na aparacie OCT REVO	20,00	40,00
23	Topografia rogówki – bez opisu	40,00	80,00
24	Topografia rogówki – z opisem	50,00	100,00
25	Pomiar komórek śródbłonna metodą bezdotykową mikroskopem spektularnym	35,00	70,00
IV.	DROBNE ZABIEGI		
1	Opatrunek oka	10,00	
2	Usunięcie szwów powiekowych	30,00	
3	Usunięcie szwów spojówkowych	50,00	
4	Usunięcie szwów rogówkowo-twardówkowych	80,00	
5	Sprawdzanie drożności dróg łzowych i ich płukanie (procedura oddziałowa)	260,00	
6	Płukanie dróg łzowych (procedura ambulatoryjna)	150,00	
7	Płukanie worka spojówkowego przy oparzeniu chemicznym	50,00	
8	Gradówka	160,00	
9	Iniekcja podspojówkowa bez leku	50,00	
10	Iniekcja pozagałkowa bez leku	60,00	
12	Iniekcja doszkliskowa Lucentis, Eylea	1200	
13	Usunięcie zmian skórnych powiekowych niezłośliwych	200,00	
14	Kempki żółte	200,00	
15	Krioterapia – ciało rzęskowe	160,00	
16	Krioterapia - naczyńiówka	160,00	
17	Krioterapia - rogówka	110,00	
18	Nacięcie powiek – ewakuacja, sączkowanie krwaka lub ropnia - zaopatrzenie	154,00	
19	Skrzydlik – usunięcie	1000,00	
20	Szycie powieki	200,00	
21	Szycie rany rogówki lub twardówki	1025,00	
22	Szycie spojówki	150,00	
23	Usunięcie ciała obcego z rogówki	56,00	
24	Usunięcie ciała obcego z worka spojówkowego	36,00	
V.	ZABIEGI LASEROWE		
1	Laseroterapia przeciwjaskrowa (gonioplastyka, trabekuloplastyka, iridektomia)	205,00	
2	Laseroterapia ogniskowa siatkówki – jeden zabieg	205,00	
3	Panfotokoagulacja – jedna sesja	200,00	
4	Przecięcie torby tylnej soczewki (kapsulotomia laserowa)	205,00	
VI.	OPERACJE ZAĆMY		
1.	Operacja zaćmy metodą zewnątrztorbowego usunięcia z wszczepieniem soczewki twardej	2562,00	
2.	Fakoemulsyfikacja z wszczepem soczewki twardej	3280,00	
3.	Fakoemulsyfikacja z wszczepem soczewki zwijalnej	3690,00	
VII.	OPERACJE JASKRY		
1.	Operacja przetokowa	2562,00	
VIII.	JEDNOCZESNE OPERACJE PRZECIWZAĆMOWE I PRZECIWJASKROWE		
1.	Usunięcie zaćmy: metodą zewnątrztorbowego usunięcia zaćmy z wszczepem soczewek + zabieg przeciwjaskrowy	4612,00	
2.	Usunięcie zaćmy metodą fakoemulsyfikacji + zabieg przeciwjaskrowy	5637,00	

**10. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ ZAKŁAD GASTROENTEROLOGII**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
I.	GASTROSKOPIA	
1.	Gastroskopia prosta	220,00
2.	Z testem ureazowym	250,00
3.	Z biopsją (w tym badanie histopatologiczne)	300,00
4.	Z polipektomią prostą (jeden polip) + badanie histopatologiczne	440,00
5.	Z mechanicznym rozszerzeniem światła górnego odcinka przewodu pokarmowego	1600,00
6.	Z założeniem protezy samorozprężalnej po mechanicznym rozszerzeniu światła gopp (w tym cena protezy)	9000,00
7.	Z ostrzyknięciem krwawiącego naczynia	450,00
II.	REKTOSKOPIA	
1.	Rektoskopia prosta	150,00
2.	Z biopsją + badanie histopatologiczne	210,00
3.	Z polipektomią + badanie histopatologiczne	400,00
III.	FIBEROSIGMOIDOSKOPIA	
1.	Fiberosigmoidoskopia prosta	220,00
2.	Z biopsją + badanie histopatologiczne	300,00
3.	Z polipektomią + badanie histopatologiczne	440,00
IV.	KOLONOSKOPIA	
1.	Kolonoskopia prosta	400,00
2.	Z biopsją + badanie histopatologiczne	450,00
3.	Z polipektomią prostą + badanie histopatologiczne (jeden polip)	650,00
4.	Z zabiegiem rozszerzenia światła dolnego odcinka przewodu pokarmowego	1600,00
5.	Ze znieczuleniem	630,00
V.	ECPW	
1.	Diagnostyczna ze znieczuleniem ogólnym dotchawicznym	2500,00
2.	Diagnostyczna + biopsja + badanie histopatologiczne .	2700,00
3.	Z założeniem protezy do dróg żółciowych	
a	* bez sfinkterotomii	2900,00
b	* ze sfinkterotomią	3400,00
4.	Z zabiegiem usunięcia złożeń o standardowym stopniu trudności	4500,00
5.	Z zabiegiem usunięcia złożeń o wysokim stopniu trudności	5000,00
6.	Z zabiegiem litotrypsji złożeń w drogach żółciowych	5500,00

**11. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE
PRZEZ ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	Znieczulenie ogólne dożylnie (znieczulenie oraz obserwacja poznieczuleniowa)	230,00
2.	Znieczulenie ogólne dotchawicze z pełnym. monitor. parametrów klinicznych pacjenta (znieczulenie oraz obserwacja poznieczuleniowa)	900,00

12. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PRACOWNIĘ EEG

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	Badanie EEG w czuwaniu	130,00
2.	Badanie EEG we śnie	150,00

13. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PRACOWNIĘ EMG

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Przewodnictwo czuciowe – badanie jednego nerwu	70,00
2	Przewodnictwo ruchowe z falą F dla jednego nerwu	80,00
3	Przewodnictwo ruchowe bez fali F dla jednego nerwu	40,00
4	Badanie przewodnictwo czuciowe lub ruchowe w jednym nerwie obwodową metodą „krótkich segmentów” („iching”)	90,00
5	Badanie czynności elektrofizjologicznej mięśnia	110,00
6	Test miasteniczny	110,00
7	Test miasteniczny z użyciem tensilonu	150,00
8	Próba tężyczkowa	80,00

14. USŁUGI PONADSTANDARDOWE ŚWIADCZONE PRZEZ ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO- POŁOŻNICZY

L.p.	Nazwa badania	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23% Vat)
1.	Szkoła Rodzenia (8 spotkań dwugodzinnych – zajęcia teoretyczne + gimnastyka dla rodzących)	205,00	252,15
2.	Szkoła Rodzenia – jedno spotkanie	26,00	31,98
3.	Pobyt matki karmiącej (od ósmej doby po porodzie)	20,00	24,60

15. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PORADNIĘ GINEKOLOGICZNĄ, ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO- POŁOŻNICZY, PORADNIĘ LAKTACYJNĄ

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	KTG	40,00
2.	USG ciąży	70,00
3.	USG macicy	70,00
4.	Kolposkopia	150,00
5.	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. - pierwszorazowa	40,00
6.	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. - kolejna	30,00
7.	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących poza Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. - pierwszorazowa	70,00
8.	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących poza Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. - kolejna	50,00
9.	Pobranie materiału do badań cytologicznych/ mikrobiologicznych	12,00

16. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PORADNIĘ CHIRURGII OGÓLNEJ
tel. 361-37-73, 361-33-81

L.p.	Nazwa badania	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1	Porada zabiegowa (dodatkowe badania płatne odrębnie zgodnie z cennikiem)	121,95	150,00
ZABIEGI Z UŻYCIEM LASERA FRAKCYJNEGO			
1	Laserowe usuwanie zmian skórnych (brodawki, kurczaki, włókniaki, gruczolaki)		
	- jedna zmiana	121,95	150,00
	- każda kolejna zmiana	56,91	70,00
2	Redukcja blizn		
	- pojedyncza blizna (w zależności od wielkości blizny)	81,30-243,90	100,00-300,00
3	Redukcja blizn potrądzikowych/ przerośniętych		
	- pojedyncza blizna	81,30-243,90	100,00-300,00
	- twarz	483,74	595,00
	- policzki	325,20	400,00
	- czoło	243,90	300,00
4	Likwidacja rozstępów		
	- pojedynczy rozstęp	81,30	80,00
	- ramiona	483,74	450,00
	- piersi	483,74	450,00
	- brzuch	406,50	500,00
	- biodra	325,20	400,00
	- pośladki	406,50	500,00
	- uda	406,50	500,00

17.USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ ZAKŁAD FIZJOTERAPII
tel. 361-32-30

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Galwanizacja	5,00
2	Ćwiczenia bierne	20,00
3	Ćwiczenia czynne	15,00
4	Ćwiczenia czynno-bierne i wspomagające	20,00
5	Ćwiczenia kikuta	15,00
6	Ćwiczenia ogólnousprawniające i inne	20,00
7	Ćwiczenia specjalne np:metody neurofizjologiczne	30,00
8	Elektrostymulacja	5,00
9	Elektrostymulacja punktowa (n.twarzowy)	10,00
10	Jonoforeza	5,00
11	Krioterapia	10,00
12	Laser	5,00
13	Laser punktowy	7,00
14	Magnetoterapia	5,00
15	Masaż limfatyczny	30,00
16	Mobilizacja i manipulacja	35,00
17	Nauka posługiwania się protezą	20,00
18	Okład parafango	15,00

19	Pionizacja i nauka poruszania się	20,00
20	Pole elektromagnetyczne (Terapuls)	5,00
21	Prądy diadynamiczne	5,00
22	Prądy Kozt'a	5,00
23	Sollux / Bioptron (światłolecznictwo)	5,00
24	TENS	5,00
25	Ultradźwięki	7,00
26	Fonoforeza	7,00
27	Wyciągi	15,00
28	Ćwiczenia rehabilitacyjne w basenie	30,00
29	Masaż podwodny całkowity z masażem ręcznym	20,00
30	Kąpiel perełkowa	20,00
31	Masaż wirowy kończyn górnych	20,00
32	Masaż wirowy kończyn dolnych	20,00
33	Masaż limfatyczny-mechaniczny	20,00
34	Prądy Nemeca	5,00
35	Pole Magnetyczne	5,00
36	Masaż ręczny kończyny górne – 30 min	30,00
37	Masaż ręczny kończyny dolne – 30 min	30,00
38	Masaż ręczny wzdłuż kręgosłupa – 30 min	30,00
39	Masaż ręczny odcinek szyjny – 15 min	20,00
40	Masaż ręczny odcinek piersiowy – 15 min	20,00
41	Masaż ręczny odcinek lędźwiowy – 15 min	20,00
42	Prądy wysokiej częstotliwości	5,00
43	Krioterapia ogólnoustrojowa – kriokomora	35,00
44	Diagnostyka funkcjonalna i indywidualna kompleksowa terapia	50,00

18. INNE USŁUGI

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1	Konsultacja specjalistyczna (cena konsultacji udzielanej przez specjalistę bez kosztów dojazdu) <i>(Wszelkie badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb konsultacji płatne osobno wg cennika szczegółowego).</i>	250,00	ZW
2	Konsultacja specjalistyczna z dojazdem na terenie Radomia <i>(wszelkie badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb konsumpcji płatne osobno wg cennika szczegółowego)</i>	320,00	ZW
3	Konsultacja na podstawie przesłanej dokumentacji medycznej z zewnętrznych jednostek	130,00	ZW
4	Orzeczenie lub zaświadczenie związane z ustaleniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, nie objętych katalogiem świadczeń finansowanych przez NFZ wydane dla podmiotu zlecającego (np. ZUS, KRUS, PZU lub inny)	41,00	50,43
Orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy - pacjenta			
5	Orzeczenie lub zaświadczenie związane z ustaleniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, nie objęte katalogiem świadczeń finansowanych przez NFZ	41,00	50,43
6	Orzeczenie lub zaświadczenie o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych	102,00	125,46

19. SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Cena procedury wykonywanej w SOR dla pacjentów UE, pacjentów
nieubezpieczonych i konsultacji zewnętrznych

L.p.	Nazwa usługi medycznej	Cena netto**
1	Porada lekarska w SOR	100,00
2	Konsultacja specjalistyczna w SOR	120,00
3	Opieka pielęgniarska	35,00
4	Pobyt na obserwacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym od 12 godz. do 24 godz. (Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane w SOR oraz za leki płatne osobno wg cennika)	100,00
	Pobyt na obserwacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym za każdą następną dobę. (Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane w SOR oraz za leki płatne osobno wg cennika)	120,00
5	Monitorowanie ciśnienia	5,00
6	Pulsoksymetria	4,00
7	Elektrokardiografia	11,00
8	Tlenoterapia	13,00
9	Cewnikowanie żył /Założenie dostępu dożylnego (venflon)	12,00
10	Cewnikowanie pęcherza moczowego	28,00
11	Nakłucie żyły – pobranie materiału do badań laboratoryjnych	9,00
12	Iniekcja domięśniowa (bez kosztu podanego leku)	9,00
13	Iniekcja podskórna (bez kosztu podanego leku)	9,00
14	Iniekcja dożylna (bez kosztu podanego leku)	17,00
15	Wlewka doobytnicza u dzieci	30,00
16	Wlewka doobytnicza u dorosłych	39,00
17	Wstrzyknięcie / infuzja płynów infuzyjnych (bez kosztu podanego leku)	28,00
18	Założenie lub zmiana opatrunku	36,00
19	Tamponada nosa przy krwotoku	55,00
20	Usunięcie ciała obcego z nosa/ ucha	33,00
21	Usunięcie ciała obcego z worka spojówkowego	40,00
22	Usunięcie ciała obcego z rogówki	71,00
23	Usunięcie kleszcza	18,00
24	Punkcja lędźwiowa z pobraniem płynu mózgowo-rdzeniowego	49,00
25	Aspiracja stawu – punkcja stawu	49,00
26	Opracowanie oparzenia	120,00
27	Proc. opracowania chirurgicznego rany bez szcicia	47,00
28	Proc. opracowania chirurgicznego rany z użyciem steristip-u	51,00
29	Szycie rany prostej ze znieczuleniem nasiękowym	84,00
30	Szycie rany złożonej	149,00
31	Nacięcie ropnia w znieczuleniu miejscowym	103,00
32	Nacięcie ropnia w znieczuleniu ogólnym	442,00
33	Założenie unieruchomienia gipsowego – Unieruchomienie kończyny dolnej	
	Gips stopowo-udowy	120,00
	Longeta stopowo-udowa	110,00
	Tutor gipsowy	118,00
	Longeta tutorowa	109,00
	But gipsowy	79,00
	But longeta	72,00
	Gips marszowy	81,00
	Longeta marszowa	75,00
34	Założenie unieruchomienia gipsowego – Unieruchomienie kończyny górnej	
	Gips ramienny	75,00
	Longeta ramienna	74,00
	Gips przedramienny	74,00
	Longeta przedramienna	73,00

	Rękawiczka gipsowa	56,00
	Longeta dłoń	56,00
35	Unieruchomienie barku	
	Gips Desolta	129,00
	Gips Desolta miękki (dzieci)	33,00
	Gips „ósemka” (przy złamaniu obojczyka)	86,00
36	Założenie gorsetu gipsowego	122,00
37	Założenie kołnierza szyjnego gipsowego	100,00
38	Założenie innej szyny unieruchamiającej	
	Szyna Kramera duża	60,00
	Szyna Kramera mała	54,00
	Szyna Zimera	49,00
39	Założenie kołnierza szyjnego	76,00

**** Uwaga!** Ze zwolnienia z podatku VAT korzystają usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze. (Ustawa z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, Dz. U. z 2016r. , poz. 710 z późn.zm.). Usługi medyczne służące innym celom niż w/w podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

20AMBULATORIUM NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
Cena procedury wykonywanej w Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej dla
pacjentów UE i pacjentów nieubezpieczonych

L.p.	Nazwa usługi medycznej	Cena netto**
1	Porada lekarska	21,00
2	Opieka pielęgniarska	9,00
3	Monitorowanie ciśnienia	3,00
4	Elektrokardiografia	8,00
5	Tlenoterapia	10,00
6	Założenie dostępu dożylnego (venflon)	9,00
7	Cewnikowanie pęcherza moczowego	24,00
8	Iniekcja domięśniowa (bez kosztu podanego leku)	7,00
9	Iniekcja podskórna (bez kosztu podanego leku)	7,00
10	Iniekcja dożylna (bez kosztu podanego leku)	12,00
11	Wlewka doobyttnicza u dzieci	24,00
12	Wlewka doobyttnicza u dorosłych	32,00
13	Wstrzyknięcie / infuzja płynów infuzyjnych (bez kosztu podanego leku)	20,00
14	Założenie lub zmiana opatrunku	32,00

**** Uwaga!** Ze zwolnienia z podatku VAT korzystają usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze. (Ustawa z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, Dz. U. z 2017r. , poz. 1221 z późn.zm.). Usługi medyczne służące innym celom niż w/w podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami

Cennik Usług transportowych jednorazowych

L.p.	Rodzaj pojazdu	Cena najmu za 1 godz. /netto/**	Stawka VAT Cena brutto	Cena za 1 km /netto/**	Stawka VAT Cena brutto
1.	Samochód sanitarny (karetka)	23,00	ZW	2,00	ZW
2.	Karetka Specjalistyczna (Lekarz, Ratownik Medyczny, Kierowca)	280,00	ZW	2,00	ZW
3.	Karetka Podstawowa (Kierowca Ratownik Medyczny, Ratownik Medyczny)	250,00	ZW	2,00	ZW
4.	Samochód dostawczy	17,89	23% 22,00	2,04	23% 2,51
5.	Samochód osobowy	20,38	8% 22,01	1,86	8% 2,00

- Przy wynajmie karetek do zabezpieczania imprez sportowych:
 - karetka asysty medyczne – 80 zł /brutto/ za godzinę wynajmu+2,00 zł za km,
 - karetka asysty medyczne z 2 ratownikami – 150/brutto/ za godzinę+2,00 za km,
- Przy wynajmie karetki z noszowym do ceny 1 godz. najmu dolicza się 23 zł /brutto/.
- W przypadku transportu sanitarnego poza granice kraju do ceny za 1 km dolicza się 0,50 zł /brutto/.

Ceny usług mogą być indywidualnie negocjowane i ustalane na potrzeby składanych ofert i przetargów.

******Uwaga!** Ze zwolnienia z podatku VAT korzystają usługi transportu sanitarnego. (Ustawa z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, Dz. U. z 2017r., poz. 1221 z późn. zmianami). Usługi transportowe służące przewożeniu osób lub innym celom, podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

VI. CENNIK OPŁAT ZA PRZECHOWYWANIE ZWŁOK PACJENTA PRZEZ OKRES DŁUŻSZY NIŻ 72 GODZINY OD OSÓB I INSTYTUCJI UPRAWNIONYCH DO POCHOWANIA ZWŁOK (stanowiący zał. Nr 10 do Regulaminu Organizacyjnego)

L.p.	Wyszczególnienie	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1	Przechowywanie zwłok przez okres dłuższy niż 72 godziny (poza okresem ustawowego bezpłatnego przechowywania)	65,04 za dobę	80,00

VII. CENNIK POZOSTAŁYCH USŁUG

4. CENNIK WYNAJMU AULI I SALEK DYDAKTYCZNYCH W MAZOWIECKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM SP.Z O.O. przy ul. Juliana Aleksandrowicza 5 Tel. (048) 361-49-07 (048) 361-39-42

L.p.	Rodzaj usługi	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1	Wynajęcie Auli (do czterech godzin)	240,00 (za każdą godzinę)	295,20 (za każdą godzinę)
2	Wynajęcie Auli ze sprzętem i obsługą multimedialną (do czterech godzin)	270,00 (za każdą godzinę)	332,10 (za każdą godzinę)
3	Wynajęcie Auli na jeden dzień (powyżej czterech godzin)	1.200,00	1476,00

4	Wynajęcie Auli ze sprzętem i obsługą multimedialną na jeden dzień (powyżej czterech godzin)	1.300,00	1599,00
5	Wynajęcie sali dla celów komercyjnych do dwóch godz. Za każdą kolejną godz.	130,00 (za godzinę) 70,00	159,90 (za godzinę) 86,10

5. POZOSTAŁE USŁUGI

L.p.	Rodzaj usługi	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23% Vat)
1	Zgubienie breloka – numeru szatniowego	20,33	25,00
2	Opłata za dorobienie klucza	4,88	6,00
3	Opłata za wjazd na parking	opłata wg cennika ustalonego przez dzierżawcę parkingu	
4	Praktyki studenckie i zawodowe – odpłatność indywidualna		
	do 50 godzin	82,93	102,00
	od 51 do 100 godzin	165,85	204,00
	od 101 do 150 godzin	248,78	306,00
	od 151 do 200 godzin	331,71	408,00
	powyżej 200 godzin wg faktycznej liczby godzin i stawki godzinowej	1,66 za jedną godzinę	2,04 za jedną godzinę
5	Studenckie praktyki zawodowe dla grup zorganizowanych dla kierunku pielęgniarstwo (Płatnik - Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun praktyk ze strony Szpitala)		
	za jedną godzinę od jednego uczestnika	0,74	0,91
6	Studenckie praktyki zawodowe dla grup zorganizowanych dla kierunku fizjoterapia (Płatnik - Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun praktyk ze strony Szpitala)		
	za jedną godzinę od jednego uczestnika	0,81	1,00
7	Zajęcia praktyczne dla grup zorganizowanych dla kierunku pielęgniarstwo (Płatnik - Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun zajęć ze strony Uczelni)		
	za jedną godzinę od jednego uczestnika	0,21	0,26
8	Zajęcia praktyczne dla grup zorganizowanych dla kierunku fizjoterapia (Płatnik - Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun zajęć ze strony Uczelni)		
	za jedną godzinę od jednego uczestnika	0,15	0,18
9	Zajęcia stażowe w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych		
	za jedną godzinę stażu dla jednego uczestnika	2,30	2,83
10	Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 3 miesiące (420 godzin)	1 315,83	1 618,47

11	Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 6 miesięcy (840 godzin)	2 511,66	3 089,34
12	Za dodatkowe łóżko dla osoby sprawującej opiekę nad dzieckiem w oddziale - za każdy dzień pobytu trwającego do 7 dni włącznie	20,33	25,00
	- za każdy dzień pobytu powyżej 7 dni	9,76	12,00
13	Za udostępnienie łóżka polowego dla osoby sprawującej opiekę nad dzieckiem w oddziale :	8,13	10,00
14	Wypożyczenie łóżka szpitalnego	30,00 (za 1 miesiąc) (wg zarządzenia)	36,90 (za jeden miesiąc) (wg zarządzenia)



Rozliczenie kosztów leczenia szpitalnego



Imię i nazwisko pacjenta

adres zamieszkania.....

adres do korespondencji.....

PESEL pacjenta.....

Zestawienie kosztów leczenia pacjenta nieuprawnionego do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych
PRZEWIDYWANE/RZECZYWISTE*
(niepotrzebne skreślić)

I. Osobodni pobytu w Oddziale

Lp.	okres pobytu pacjenta w oddziale (doby hotelowe)	Liczba osobodni pobytu	jednostkowy koszt osobodnia hospitalizacji	wartość
1	2		4	5
1	od dn. do dn			
2	od dn. do dn			
3	od dn. do dn			

II. Wykonane badania laboratoryjne"

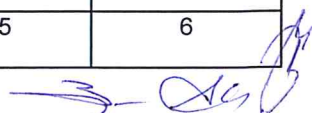
Lp.	kod ICD 9	Nazwa procedury	ilość wykonań	koszt jednostkowy	wartość
1	2	3	4	5	6
1					
2					

III. Wykonane procedury medyczne - diagnostyczne:

Lp.	kod ICD 9	Nazwa procedury	ilość wykonań	koszt jednostkowy	wartość
1	2	3	4	5	6
2					
3					

IV. Wykonane zabiegi operacyjne i znieczulenia:

Lp.	kod ICD 9	Nazwa procedury	ilość wykonań	koszt jednostkowy	wartość
1	2	3	4	5	6



1					
2					
3					

V. Podane leki

Lp.	Nazwa leku	ilość	cena jednostkowa	wartość
1	2		4	5
1				
2				
3				

VI. Przeprowadzone konsultacje - usługi obce:

Lp.	konsultacje	ilość wykonań	koszt jednostkowy	wartość
1	2		4	5
2				
3				

VII. Koszty transportu

Lp.	transport	ilość wykonań	koszt jednostkowy	wartość
1	2		4	5
1				
2				

(I+II+III+IV+V+VI+VII) Razem	
------------------------------	--

.....

Czytelny podpis pacjenta

.....

podpis i pieczęć lekarz prowadzącego

Radom, dnia.....

.....

podpis i pieczęć Kierownik oddziału



UMOWA
na odpłatne świadczenia zdrowotne dla pacjenta nieubezpieczonego

zawarta w dniu w Radomiu pomiędzy :
Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym Sp. z o.o. przy ul. Aleksandrowicza 5, 26-600 Radom,
NIP:....., KRS:....., zwanym **Świadczeniodawcą**, reprezentowanym przez
pełnomocnika Prezesa Zarządu Świadczeniodawcy – Pana/ią

a
Panem/Panią.....zam.

PESEL:....., NIP:..... zwanym **Świadczeniobiorcą**

o następującej treści:

Na podstawie art. 55 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2013 r. poz.217) w związku z §52 Regulaminu Organizacyjnego Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Sp. z o.o. strony ustalają, co następuje:

§ 1.

1. **Świadczeniobiorca oświadcza, że nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego uprawniającego do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na terenie RP.**
2. **Świadczeniobiorca zleca, a Świadczeniodawca przyjmuje do wykonania usługę zdrowotną polegającą na:**
 - 1)
 - 2)
 - 3)
3. **Usługa opisana w ust. 2 niniejszego paragrafu zostanie wykonana w Oddziale/Zakładzie*)** **Świadczeniodawcy.**

§ 2.

Strony ustalają następujące terminy wykonania usługi/leczenia/badania/zabiegu*), o której mowa w § 1 ust. 2 pkt umowy:

- termin rozpoczęcia -- przewidywany termin zakończenia -

§ 3.

1. **Świadczeniobiorca:**
 - 1) został poinformowany o przysługujących mu prawach pacjenta, treści Regulaminu Organizacyjnego obowiązującego u Świadczeniodawcy,
 - 2) został pouczone o sposobie przygotowania się do pobytu u Świadczeniodawcy,
 - 3) został poinformowany o sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz możliwych działaniach niepożądanych),
 - 4) zobowiązuje się przed przystąpieniem Świadczeniodawcy do zabiegu, o którym mowa w §1 ust. 2 niniejszej umowy podpisać świadomą zgodę na wykonanie tego zabiegu pod rygorem jego niewykonania z przyczyn leżących po stronie Świadczeniobiorcy.
2. **Świadczeniobiorca zobowiązuje się do zastosowania się do Regulaminu, o którym mowa w ust. 1 pkt. 1).**

§ 4.

Świadczeniodawca zobowiązuje się wykonać usługę, o której mowa w § 1 umowy z należytą starannością, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną z uwzględnieniem urządzeń, które są na wyposażeniu Świadczeniodawcy.

§ 5.

1. **Za wykonanie usługi, o której mowa w § 1 ust 2 Świadczeniobiorca zapłaci Świadczeniodawcy wynagrodzenie obejmujące poniesione przez Świadczeniodawcę koszty wykonania usługi, wyliczone szczegółowo po zrealizowaniu usługi (rzeczywisty koszt), przy czym:**
 - 1) koszty wykonanych badań diagnostycznych będą ustalone w oparciu o obowiązujący u Świadczeniodawcy cennik usług medycznych;
 - 2) koszty nieujęte w cenniku, o którym mowa w pkt. 1) będą wyliczone wg rzeczywiście poniesionych kosztów,
2. **Strony określają szacunkowy koszt wykonania usługi, o której mowa w § 1 ust 2 umowy na kwotęzł, z zastrzeżeniem, że rzeczywisty koszt może być wyższy.**
3. **Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 będzie płatne na podstawie faktury gotówką w kasie szpitalnej.**
4. **W przypadku zwłoki w zapłacie, Świadczeniodawca może naliczyć Świadczeniobiorcy odsetki w wysokości ustawowej za zwłokę w zapłacie.**
5. **Na poczet wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu Świadczeniobiorca zapłaci Świadczeniodawcy zaliczkę w wysokości odpowiadającej szacunkowemu kosztowi wskazanemu w ust.**

§ 6.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym ustawy wymienionej na wstępie, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 7.

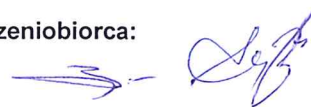
Wszelkie spory mogące wyniknąć na tle stosowania niniejszej umowy strony będą załatwiać polubownie. Gdy strony nie dojdą do porozumienia spór poddają pod rozstrzygnięcie sądom powszechnym lub Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych działającą przy Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie.

§ 8.

Umowę niniejszą zawarto w dwóch egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

Świadczeniodawca:

Świadczeniobiorca:



UMOWA
na odpłatne świadczenia zdrowotne dla pacjenta ubezpieczonego

zawarta w dniu w Radomiu pomiędzy :
Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym Sp. z o.o. przy ul. Aleksandrowicza 5, 26-600 Radom,
NIP:....., KRS:....., zwanym **Świadczeniodawcą**, reprezentowanym przez
pełnomocnika Prezesa Zarządu **Świadczeniodawcy – Pana/ą**
a
Panem/Panią..... zam.
.....
PESEL:....., NIP:..... zwanym **Świadczeniobiorcą**
o następującej treści:

Na podstawie art. 55 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2013 r. poz. 217) w związku z §55 i następne Regulaminu Organizacyjnego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. strony ustalają, co następuje:

§ 1.

1.Świadczeniobiorca oświadcza, że: **posiada ubezpieczenie zdrowotne i ma świadomość, iż dane świadczenie jest finansowane ze środków publicznych, ale ze względu na podany czas oczekiwania, chce, aby świadczenie to zostało udzielone na zasadach pełnej odpłatności poza systemem ustaw o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.**

2.Świadczeniobiorca zleca, a Świadczeniodawca przyjmuje do wykonania usługę zdrowotną polegającą na:

1).....,

I.....

II.....

3.Usługa opisana w ust. 2 niniejszego paragrafu zostanie wykonana w Oddziale/Zakładzie*)
..... Świadczeniodawcy.

§ 2.

Strony ustalają następujące terminy wykonania usługi/leczenia/badania/zabiegu*), o której mowa w § 1 ust. 2 pkt umowy :

- termin rozpoczęcia -- przewidywany termin zakończenia -

§ 3.

1.Świadczeniobiorca został poinformowany o przysługujących mu prawach pacjenta, Regulaminie Organizacyjnym podmiotu leczniczego, pouczony o sposobie przygotowania się do pobytu u Świadczeniodawcy, podpisał świadomą zgodę na leczenie/wykonanie badania/zabiegu*).

2.Świadczeniobiorca zobowiązuje się do zastosowania się do Regulaminu, o których mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu.

§ 4.

Świadczeniodawca zobowiązuje się wykonać usługę, o której mowa w § 1 umowy z należytą starannością, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną z uwzględnieniem urządzeń, które są na wyposażeniu Świadczeniodawcy.

§ 5.

1.Za wykonanie usługi, o której mowa w § 1 ust 2 pkt Świadczeniobiorca zapłaci Świadczeniodawcy wynagrodzenie w wysokości zł. (słownie:)

na podstawie faktury wraz z kalkulacją wstępną kosztów niezwłocznie przed wykonaniem usługi przez Świadczeniodawcę, przed wykonaniem badania/zabiegu* gotówką w kasie szpitalnej (pok. Nr 53) lub rejestracji SOR.

2. Po wykonaniu świadczenia dopłata przez Świadczeniobiorcę lub zwrot różnicy przez podmiot leczniczy w kosztach planowanych wyliczonych w kalkulacji wstępnej, a kosztach rzeczywistych wykonanego świadczenia następuje na podstawie rozliczenia kosztów leczenia szpitalnego wg załącznika nr 8 do Regulaminu Organizacyjnego Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego Sp. z o.o. i wystawionej faktury końcowej.

3. W przypadku zwłoki w zapłacie Świadczeniodawca może naliczyć Świadczeniobiorcy odsetki w wysokości ustawowej za zwłokę w zapłacie.

§ 6.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w tym ustawy wymienionej na wstępie, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 7.

Wszelkie spory mogące wyniknąć na tle stosowania niniejszej umowy strony będą załatwiać polubownie. Gdy strony nie dojdą do porozumienia spór poddają pod rozstrzygnięcie sądom powszechnym lub Komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych działającej przy Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie.

§ 8.

Umowę niniejszą zawarto w dwóch egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

Świadczeniodawca:

Świadczeniobiorca

**Cennik opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób
lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok**

L.p.	Wyszczególnienie	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23% Vat)
1.	Przechowanie zwłok przez okres dłuższy niż 72 godziny (poza okresem ustawowego bezpłatnego przechowywania)	65,04 za dobę	80



**Oświadczenie pracownika o zapoznaniu się z treścią
Regulaminu Organizacyjnego
Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o.**

Oświadczam, że zapoznałem/am* się z treścią dokumentu: <i>Regulamin Organizacyjny</i> Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. i zobowiązuję się do jego stosowania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem				
Nazwa komórki organizacyjnej:				
Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko	Data	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6...				