

# **CENNIK USŁUG MEDYCZNYCH NA ROK 2024**

# SPIS TREŚCI

<b>1. ZAKŁAD RADIOLOGII.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ.....</b>	<b>6</b>
<b>3. LABORATORIUM BAKTERIOLOGICZNE.....</b>	<b>10</b>
<b>4. ZAKŁAD REHABILITACJI .....</b>	<b>13</b>
<b>5. PRACOWNIA IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ I BANK KRWI.....</b>	<b>15</b>
<b>6. DZIAŁ DEZYNFEKCJI I CENTRALNEJ STERYLIZACJI</b>	<b>16</b>
<b>7. INNE KOMÓRKI ORGANIZACYJNE SZPITALA</b>	
7.1. Ośrodek Domowego Leczenia Tlenem.....	17
7.2. Oddział Reumatologiczny .....	17
7.3. Pracownia EEG.....	17
7.4. Oddział Ginekologiczno-Położniczy.....	17
7.5. Poradnia Konsultacyjna Okulistyczna .....	18
7.6. Oddział Urologiczny.....	18
7.7. Oddział Dermatologiczny.....	18
7.8. Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna.....	19
7.9. Porada specjalistyczna.....	19
7.10. Pobyt w oddziale przedstawiciela prawnego/opiekuna faktycznego dziecka lub osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności.....	19
7.11. Konsultacje specjalistyczne na rzecz innych jednostek medycznych.....	19
7.12. Pracownia Neurofizjologii .....	19
<b>8. USŁUGI MEDYCZNE DODATKOWE NIEFINANSOWANE PRZEZ NFZ</b>	
8.1. Wydawanie orzeczeń i zaświadczeń lekarskich oraz wykonywanie badań lekarskich w trybie art. 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....	20
8.2. Zajęcia w Szkole Rodzenia .....	21
8.3. Usługi niemedycezne opłaty za usługi administracyjne .....	21
8.4. Usługi Transportu Sanitarnego.....	22

## 1. ZAKŁAD RADIOLOGII

Lp.	NAZWABADANIA	CENA	
		Poradnie	Indywidualnie
<b>1</b>	<b>MAMMOGRAFIA RTG–KOD201</b>		
1.1.	MammografiaRTGdiagnostycznenaCD	170,00	–
<b>2</b>	<b>USG RADIOLOGICZNE–KOD202</b>		
2.1	USG -inne powierzchniowe	150,00	–
2.2	USG – biopsje	150,00	–
2.3	USG tarczycy	150,00	–
2.4	USG piersi	150,00	–
2.5	USG jąder	150,00	–
2.6	USGjamybrzuszejprzestrzeni zaotrzewnowej	150,00	–
2.7	USGjamybrzuszej+po mikcji	150,00	–
<b>3</b>	<b>USG DOPPLER RTG–KOD203</b>		
3.1	USGDopplerkolor lkończynytt/żyły	220,00	–
3.2	USG Doppler kolor aorty brzuszejitętnicbiodrowych	220,00	–
3.3	USG Triplex Doppler tętnic domózgowychobejmujett.szyjnei podobojczykowe	170,00	–
3.4	USG Doppler kolor żył układu wrotnegoiżyłwątrobowych/naczyń trzewnych	170,00	–
3.5	USG Doppler kolor inne obejmuje: przetokę dializacyjną lub ocenęnaczyniakalubkwiakatętniczegolubż.szyjnelubinne	170,00	–
<b>4</b>	<b>RTG GŁOWY–KOD204</b>		
4.1	RTG twarzoczaszki	65,00	70,00
4.2	RTG żuchwyp-a-1projekcja	65,00	70,00
4.3	RTGżuchwyskos-1projekcja	65,00	70,00
4.4	RTG oczodołów	65,00	75,00
4.5	RTGczaszki-2projekcje	70,00	75,00
4.6	RTG zatoki	65,00	70,00
4.7	RTGnosa	65,00	70,00
4.8	RTGczaszki p-a+ 2 boki (urazowe) -3proj.	65,00	85,00
4.9	RTGczaszkicelowane-1proj.	65,00	70,00
4.10	RTGstawyskroniowe-żuchwowe2str.(o+z)	75,00	85,00
4.11	RTGpograniczneczaszkowo-szyjne-2proj.	70,00	75,00

<b>5</b>	<b>RTG KRĘGOSŁUPA–KOD205</b>		
5.1	RTGkręgosłupaszyjnego -2projekcje	<b>70,00</b>	<b>75,00</b>
5.2	RTGkręgosłupa-1projekcja	<b>65,00</b>	<b>70,00</b>
5.3	RTGkręgosłupapiersiwego- 2projekcja	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
5.4	RTGpogr.piersiow. -łędźwiowego-2proj.	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
5.5	RTGkręg.łędźwiowo-krzyżowego-2 proj.	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
5.6	RTGcelowanekręgosłupa-1projekcja	<b>65,00</b>	<b>70,00</b>
5.7	RTGkręg.krzyżowego -guziczne-2proj.	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
5.8	RTGkręg.szyjnego-czynnościowe-2proj.	<b>70,00</b>	<b>75,00</b>
5.9	RTGkręg.Th-L-Snastojąco/skolioza	<b>65,00</b>	<b>70,00</b>
5.10	RTGkręgosłupaL-Szczynościowe- 2 proj.	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
5.11	RTGkręgosłupa–kilka odcinków -skanogram	<b>90,00</b>	<b>95,00</b>
<b>6</b>	<b>RTG KLATKI PIERSIOWEJ–KOD207</b>		
6.1	RTG żeber	<b>65,00</b>	<b>70,00</b>
6.2	RTGmostka-1 projekcja	<b>65,00</b>	<b>70,00</b>
6.3	RTG obojczyka-1projekcja	<b>65,00</b>	<b>70,00</b>
6.4	RTGmostka-2 projekcje	<b>70,00</b>	<b>75,00</b>
6.5	RTGklatki piersiowej(dorosły)-1 proj.	<b>65,00</b>	<b>75,00</b>
6.6	RTGklatki piersiowej- 2projekcje	<b>70,00</b>	<b>85,00</b>
6.7	RTGszczytówklatki piersiowej-1projekcja	<b>65,00</b>	<b>70,00</b>
6.8	RTGklatki piersiowejzkontrastem-1 proj.	<b>70,00</b>	<b>85,00</b>
6.9	RTGklatki piersiowejzkontrastem-2 proj.	<b>80,00</b>	<b>95,00</b>
6.10	RTGkl.piers.(dz.do3r.ż.)/szczyty -1proj.	<b>65,00</b>	<b>70,00</b>
6.11	RTG kl. piersiowej(dz.do3r.ż.)- 2proj.	<b>70,00</b>	<b>80,00</b>
6.12	RTGkl. piers. zkontr.(dz.do3 r. ż.)- 1 proj.	<b>65,00</b>	<b>80,00</b>
6.13	RTGkl. piers. zkontr.(dz.do3 r. ż.)- 2 proj.	<b>70,00</b>	<b>85,00</b>
<b>7</b>	<b>RTG SKOPIA–KOD208</b>		
7.1	Skopia klatki piersiowej	<b>110,00</b>	<b>120,00</b>
7.2	Przelyk zkontrastem	<b>110,00</b>	<b>120,00</b>
7.3	Żołądek i dwunastnica	<b>110,00</b>	<b>120,00</b>
7.4	Pasaż jelita cienkiego	<b>130,00</b>	<b>140,00</b>
7.5	RTGprzewodu pokarmowego-ciało obce	<b>110,00</b>	<b>120,00</b>
<b>8</b>	<b>UROGRAFIA RTG–KOD209</b>		
8.1	Urografia- dorośli zkontr. Niejonowym	<b>260,00</b>	<b>280,00</b>
8.2	Urografia-dzieci do 10 lat zkontr.niejon.	<b>140,00</b>	<b>185,00</b>
8.3	Urografia-dzieci do 3 lat zkontr. niejon.	<b>140,00</b>	<b>185,00</b>
<b>9</b>	<b>RTG JAMY BRZUSZNEJ–KOD213</b>		
		<b>65,00</b>	<b>80,00</b>
<b>10</b>	<b>RTG JAMY BRZUSZNEJ a-pdzieci do 3 lat-KOD 213</b>		
		<b>65,00</b>	<b>70,00</b>

<b>11</b>	<b>RTG CELOWANE NEREK–KOD 213</b>	<b>65,00</b>	<b>75,00</b>
<b>12</b>	<b>RTG KOŃCZYN-KOD214</b>		
12.1	RTGbarku-1 projekcja	65,00	75,00
12.2	RTGbarku-2 projekcje	70,00	75,00
12.3	RTGramienia - 1 projekcja	65,00	70,00
12.4	RTGramienia - 2 projekcje	70,00	75,00
12.5	RTGłokcia-2 projekcje	70,00	75,00
12.6	RTGprzedramienia - 2 projekcje	70,00	75,00
12.7	RTGnadgarstka-1 projekcja	65,00	70,00
12.8	RTGnadgarstka-2 projekcje	65,00	75,00
12.9	RTGdłoni -1 projekcja	65,00	70,00
12.10	RTGdłoni -2 projekcje	70,00	75,00
12.11	RTGpalca-1 projekcja	65,00	70,00
12.12	RTGpalca-2 projekcje	70,00	75,00
12.13	RTGdłoni porównawcze –RZS	65,00	70,00
12.14	RTGkończyny górnej -inne-1 projekcja	65,00	70,00
12.15	RTGuda - 2 projekcje	70,00	75,00
12.16	RTGpodudzia-2 projekcje	70,00	75,00
12.17	RTGkolan porównawczoa-p.	65,00	70,00
12.18	RTGkolana -2 projekcje	70,00	75,00
12.19	RTGstopy-2 projekcje	70,00	75,00
12.20	RTGstóp-porównawczoa-p.	70,00	75,00
12.21	RTGstawuskokowego- 2 projekcje	70,00	75,00
12.22	RTGpięty-2 projekcje	70,00	75,00
12.23	RTGkończyny dolnej- inne-1 projekcja	65,00	70,00
12.24	RTGdooceny kości kończyn dolnych-skanogram	90,00	95,00
<b>13</b>	<b>RTG MIEDNICA, STAWY–KOD217</b>		
13.1	RTGmiednicyzestawamibiodrowymi	65,00	75,00
	RTGstawówbiodrowycha-pdziecido3lat	65,00	70,00
13.2	RTGstawówkrzyżowo–biodrowych	65,00	75,00
	RTG1 stawu biodrowego-1 projekcja	65,00	70,00
	RTG1 stawu biodrowego-2 projekcje	70,00	75,00
13.3	RTGmiednicymniejszej	65,00	70,00
<b>14</b>	<b>KONSULTACJA RADIOLOGICZNA KONWENCJONALNA</b>	<b>150,00</b>	<b>150,00</b>

\*dotyczy pacjentów nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego  
**Uwaga!**Cennik obejmuje zapis na płycie CD.

## 2. ZAKŁAD DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA
1	ALAT	100	9,00
2	ACTH	144	30,00
3	ALBUMINA	101	10,00
4	ALFAFETOPROTEINA	138	30,00
5	ALKOHOLETYLOWY	188	35,00
6	AMONIAK	1104	35,00
7	ANTY-TPO	139	40,00
8	ANTYGENCa – 125	140	35,00
9	ANTYGENCA15,3	140	35,00
10	ANTYGENCA19,9	140	35,00
11	ANTYGENCEA	140	30,00
12	ANTYGENHBS	140	20,00
13	ANTY-HCV	175	35,00
14	ASO– ilościowo	102	40,00
15	ASPAT	103	9,00
16	BHCG	141	35,00
17	BIAŁKOC REAKTYWNE–CRP	104	20,00
18	BIAŁKOCALKOWITE	104	10,00
19	BIAŁKOMOCZ/CSF	104	9,00
20	BILIRUBINABEZPOŚREDNIA	105	12,00
21	BILIRUBINACALKOWITA	105	12,00
22	B2 MIKROGLOBULIMA	1100	25,00
23	CALPROTEKTYNA	1105	200,00
24	CHOLESTEROLCALKOWITY	106	10,00
25	CHOLESTEROL HDL	106	10,00
26	CHOLESTEROLLDLBEZPOŚREDNI	106	10,00
27	CZASAPTT	161	12,00
28	TESTKOREKCJI APTT	161	20,00
29	CZASPROTROMBINOWY	162	12,00
30	CZYNNIKRFIŁOŚCIOWO	107	15,00
31	D-DIMERYIŁOŚCIOWO	163	45,00
32	DIATAZAW SUROWICY	108	12,00
33	DIATAZAWMOCZU	108	12,00
34	DOPEŁNIACZ C3	1101	35,00
35	DOPEŁNIACZ C4	1101	35,00
36	ESTRADIOL	142	30,00
37	ELASTAZAWKALE	1106	200,00
38	FIBRYNOGEN	164	17,00

<b>39</b>	FERRYTYNA	<b>156</b>	<b>30,00</b>
<b>40</b>	FOSFOTAZAZASADOWA	<b>109</b>	<b>9,00</b>
<b>41</b>	FOSFOR	<b>110</b>	<b>9,00</b>
<b>42</b>	FOSFOR WMOCZU	<b>110</b>	<b>9,00</b>
<b>43</b>	FSH	<b>143</b>	<b>30,00</b>
<b>44</b>	GAZOMETRIA	<b>130</b>	<b>20,00</b>
<b>45</b>	GENTAMYCYNA	<b>1103</b>	<b>48,00</b>
<b>46</b>	GGTP	<b>111</b>	<b>9,00</b>
<b>47</b>	GLUKOZA	<b>112</b>	<b>9,00</b>
<b>48</b>	GLUKOZAW MOCZU	<b>112</b>	<b>9,00</b>
<b>49</b>	GLUKOZA – NAWAŻKA	<b>112</b>	<b>9,00</b>
<b>50</b>	HB-A1C	<b>113</b>	<b>25,00</b>
<b>51</b>	HIV–TESTPODSTAWOWY	<b>176</b>	<b>42,00</b>
<b>52</b>	HOMOCYSTEINA	<b>197</b>	<b>30,00</b>
<b>53</b>	HELICOBACTERPYROLIKAŁ	<b>177</b>	<b>25,00</b>
<b>54</b>	IZOENZYMCK-MB	<b>114</b>	<b>15,00</b>
<b>55</b>	IMMUNOGLOBULINA IGA	<b>128</b>	<b>20,00</b>
<b>56</b>	IMMUNOGLOBULINA IGG	<b>128</b>	<b>20,00</b>
<b>57</b>	IMMUNOGLOBULINA IGM	<b>128</b>	<b>20,00</b>
<b>58</b>	IMMUNOGLOBULINA IGE	<b>128</b>	<b>45,00</b>
<b>59</b>	IMMUNOFIKSACJASUROWICY	<b>128</b>	<b>110,00</b>
<b>60</b>	IMMUNOFIKSACJAWMOCZU	<b>128</b>	<b>140,00</b>
<b>61</b>	INSULINA	<b>199</b>	<b>30,00</b>
<b>62</b>	NA	<b>115</b>	<b>7,00</b>
<b>63</b>	K	<b>115</b>	<b>7,00</b>
<b>64</b>	CL	<b>115</b>	<b>7,00</b>
<b>65</b>	NAWMOCZU	<b>115</b>	<b>7,00</b>
<b>66</b>	K W MOCZU	<b>115</b>	<b>7,00</b>
<b>67</b>	KALBADANIEOGÓLNE	<b>186</b>	<b>35,00</b>
<b>68</b>	KAL– KREW UTAJONA	<b>186</b>	<b>20,00</b>
<b>69</b>	KINAZAKREATYNINY(CK)	<b>116</b>	<b>9,00</b>
<b>70</b>	KLIRENSKREATYNINY	<b>117</b>	<b>9,00</b>
<b>71</b>	KORTYZOL	<b>144</b>	<b>30,00</b>
<b>72</b>	KREATYNINA	<b>118</b>	<b>9,00</b>
<b>73</b>	KREATYNINAWMOCZU	<b>118</b>	<b>9,00</b>
<b>74</b>	KWASMOCZOWY	<b>119</b>	<b>9,00</b>
<b>75</b>	KWASFOLIOWY	<b>155</b>	<b>35,00</b>
<b>76</b>	KWASMOCZOWYWMOCZU	<b>119</b>	<b>9,00</b>
<b>77</b>	KWASYŻÓŁCIOWE	<b>108</b>	<b>45,00</b>
<b>78</b>	LDH	<b>120</b>	<b>10,00</b>
<b>79</b>	LH	<b>145</b>	<b>30,00</b>
<b>80</b>	LIPAZA	<b>108</b>	<b>15,00</b>
<b>81</b>	MAGNEZ	<b>121</b>	<b>9,00</b>

<b>82</b>	MAGNEZ-MOCZ	<b>121</b>	<b>9,00</b>
<b>83</b>	MIOGLOBULINA	<b>180</b>	<b>47,00</b>
<b>84</b>	MOCZ-BADANIE OGÓLNE	<b>160</b>	<b>15,00</b>
<b>85</b>	MOCZ- BIAŁBO(DUB)	<b>160</b>	<b>8,00</b>
<b>86</b>	MOCZ- CUKIER (DUC)	<b>160</b>	<b>8,00</b>
<b>87</b>	MOCZNIK	<b>122</b>	<b>9,00</b>
<b>88</b>	MOCZNIKWMOCZU	<b>122</b>	<b>9,00</b>
<b>89</b>	MORFOLOGIA5 DIF	<b>131</b>	<b>15,00</b>
<b>90</b>	ODCZYNOB.	<b>132</b>	<b>8,00</b>
<b>91</b>	OSMOLALNOŚĆ	<b>123</b>	<b>25,00</b>
<b>92</b>	PŁYNSTAWOWY-BADANIE OGÓLNE	<b>1107</b>	<b>22,00</b>
<b>93</b>	PŁYN ZJAMYOTRZEWNEJ	<b>1107</b>	<b>22,00</b>
<b>94</b>	PŁYNZJAMYCIAŁABAD.	<b>1107</b>	<b>22,00</b>
<b>95</b>	PŁYNZJAMYOPŁUCNEJ	<b>1107</b>	<b>22,00</b>
<b>96</b>	POBRANIEKRWI	<b>165</b>	<b>6,00</b>
<b>97</b>	PROGESTERON	<b>146</b>	<b>30,00</b>
<b>98</b>	PROLAKTYNA	<b>147</b>	<b>35,00</b>
<b>99</b>	PROTEINOGRAM	<b>124</b>	<b>25,00</b>
<b>100</b>	PROTEINOGRAMPMR/MOCZ	<b>124</b>	<b>40,00</b>
<b>101</b>	PSA	<b>148</b>	<b>35,00</b>
<b>102</b>	WOLNEPSA	<b>158</b>	<b>42,00</b>
<b>103</b>	ProBNP	<b>157</b>	<b>65,00</b>
<b>104</b>	PROKALCYTONINA(PCT)	<b>159</b>	<b>75,00</b>
<b>105</b>	PARATHORMONPTH	<b>144</b>	<b>36,00</b>
<b>106</b>	MORFOLOGIAZRETYKULOCYTOZĄ	<b>135</b>	<b>23,00</b>
<b>107</b>	ROZMAZKRWIOBWODOWEJ	<b>136</b>	<b>12,00</b>
<b>108</b>	SYPHILIS	<b>1108</b>	<b>17,00</b>
<b>109</b>	TESTOSTERON	<b>149</b>	<b>30,00</b>
<b>110</b>	TRANSFERYNA	<b>125</b>	<b>45,00</b>
<b>111</b>	TROPONINA	<b>150</b>	<b>30,00</b>
<b>112</b>	TRÓJGLICERYDY	<b>106</b>	<b>9,00</b>
<b>113</b>	TYREOTROPINATSH	<b>151</b>	<b>24,00</b>
<b>114</b>	PROFIL TOKSYKOLOGICZNYWMOCZU	<b>188</b>	<b>110,00</b>
<b>115</b>	WITAMINAB12	<b>154</b>	<b>35,00</b>
<b>116</b>	WAPŃWSUROWICY	<b>126</b>	<b>9,00</b>
<b>117</b>	WAPŃWMOCZU	<b>126</b>	<b>9,00</b>
<b>118</b>	VANKOMYCyna	<b>1102</b>	<b>35,00</b>
<b>119</b>	WOLNATRÓJJODOTYRONINAFT3	<b>152</b>	<b>24,00</b>
<b>120</b>	WOLNATYROKSYNAFT4	<b>153</b>	<b>24,00</b>
<b>121</b>	WITAMINAD	<b>154</b>	<b>55,00</b>
<b>122</b>	ŻELAZO	<b>127</b>	<b>10,00</b>
<b>123</b>	ANTY -HBCTOTAL	<b>168</b>	<b>48,00</b>
<b>124</b>	BORELIOZAp/cIgG	<b>171</b>	<b>45,00</b>
<b>125</b>	BORELIOZAp/cIgM	<b>171</b>	<b>45,00</b>



<b>126</b>	B2 GLIKOPROTEINAIGG	<b>192</b>	<b>50,00</b>
<b>127</b>	B2 GLIKOPROTEINAIGM	<b>192</b>	<b>50,00</b>
<b>128</b>	CYTOMEGALIAIgG	<b>173</b>	<b>45,00</b>
<b>129</b>	CYTOMEGALIAIgM	<b>173</b>	<b>45,00</b>
<b>130</b>	HELICOBACTERPYROLI	<b>177</b>	<b>35,00</b>
<b>131</b>	ODCZYNFTA	<b>181</b>	<b>57,00</b>
<b>132</b>	ODCZYN FTAPMR	<b>181</b>	<b>57,00</b>
<b>133</b>	ODCZYN FTAABS	<b>181</b>	<b>57,00</b>
<b>134</b>	ODCZYNTPHA	<b>181</b>	<b>35,00</b>
<b>135</b>	ODCZYNVDR	<b>181</b>	<b>20,00</b>
<b>136</b>	P/CIAŁAantyHBS	<b>166</b>	<b>40,00</b>
<b>137</b>	TOKSPOLAZMOZAIgG	<b>182</b>	<b>40,00</b>
<b>138</b>	TOSKOPLAZMOZAIgM	<b>182</b>	<b>40,00</b>
<b>139</b>	P/CIAŁACYTRULINOWE-CCP	<b>172</b>	<b>55,00</b>
<b>140</b>	EBV IGG- MONONUKLEOZA	<b>179</b>	<b>45,00</b>
<b>141</b>	EBVIGM- MONONUKLEOZA	<b>179</b>	<b>45,00</b>
<b>142</b>	P/CIAŁAANASCREEN-ELISSA	<b>169</b>	<b>50,00</b>
<b>143</b>	BORELIAWESTERN BLOTIGM	<b>171</b>	<b>100,00</b>
<b>144</b>	BORELIAWESTERN BLOTIGG	<b>171</b>	<b>100,00</b>
<b>145</b>	BORELIAWESTERN BLOTIGG PMR	<b>171</b>	<b>195,00</b>
<b>146</b>	BORELIAW PMR IGG	<b>171</b>	<b>80,00</b>
<b>147</b>	BORELIAW PMR IGM	<b>171</b>	<b>80,00</b>
<b>148</b>	ANA IMMUNOBLOT	<b>170</b>	<b>100,00</b>
<b>149</b>	TRANSGLUTAMINAZAWKL.IGA	<b>189</b>	<b>50,00</b>
<b>150</b>	TRANSGLUTAMINAZAWKL.IgG	<b>189</b>	<b>50,00</b>
<b>151</b>	PROFILJELITOWYASCAW KL.IGA	<b>189</b>	<b>50,00</b>
<b>152</b>	PROFILJELITOWYASCAW KL.IGG	<b>189</b>	<b>50,00</b>
<b>153</b>	PROFILWĄTROBOWY	<b>169</b>	<b>100,00</b>
<b>154</b>	PROFILSKLERODERMIA	<b>169</b>	<b>190,00</b>
<b>155</b>	P/CIAŁAKARDIOLIPINIEIGG	<b>192</b>	<b>50,00</b>
<b>156</b>	P/CIAŁAKARDIOLIPINIEIGM	<b>192</b>	<b>50,00</b>
<b>157</b>	RÓŻYCZKAIGG	<b>193</b>	<b>120,00</b>
<b>158</b>	RÓŻYCZKAIGM	<b>193</b>	<b>120,00</b>
<b>159</b>	pANCA(AMPO)	<b>194</b>	<b>55,00</b>
<b>160</b>	ANCAPROFILIGG	<b>195</b>	<b>160,00</b>
<b>161</b>	P/CIAŁATYREOGLOBULINOWE	<b>1110</b>	<b>33,00</b>

### 3. LABORATORIUM BAKTERIOLOGICZNE

Lp.	NAZWA PROCEDURY	CENA
<b>1</b>	<b>BADANIE BAKTERIOLOGICZNE POSIEW-KOD90</b>	
1.1	1. Wymaz z nosa, gardła, jamy ustnej, płwociny, spojówki	<b>34,00</b>
1.2	2. Wymaz z posiewem beztlenowym: - cewnikadożylnego centralnego - cewki moczowej - drenu - migdałków - moczowniki - napletka - nasienia - odleżyny - owrzodzenia - owrzodzenia rogówki - płundializacyjny - protezy naczyniowej - przetoki - rany - ropy - szyjki macicy - ucha - wycinkatanki - żółci	<b>40,00</b>
1.3	Mocz, moczocewnika	<b>17,00</b>
1.4	Wymaz: - skóry - pochwy	<b>25,00</b>
1.5	- wydzielina oskrzelowa - aspirat chawiczny - wymaz rurki intubacyjnej - rurki tracheotomijnej	<b>42,00</b>
1.6	Krew – podłóżepediatryczne	<b>37,00</b>
1.7	Krew – podłóżetlenowe lub beztlenowe	<b>37,00</b>
1.8	Płyny ustrojowe: - mózgowo-rdzeniowy - opłucny - stawowy, osierdziowy, otrzewnowy,	<b>54,00</b>
1.9	Wymaz z nosa/gardła/odbytu w kierunku MRSA	<b>16,00</b>
1.10	Wymaz z pochwy /odbytu w kierunku Streptococcusagalactiae	<b>18,00</b>
1.11	Wymaz przesiewowy z nosa/gardła/odbytu od pacjentów i personelu	<b>20,00</b>
1.12	Wymaz przesiewowy z nosa/gardła/odbytu od pacjentów i personelu w kierunku drobnoustrojów MDR	<b>20,00</b>
1.13	Wymaz z odbytu/kału w kierunku salmonella, candida	<b>35,00</b>
1.14	Kontrola biologiczna czystości wymaz z powierzchni opad powietrza	<b>15,00</b>
1.15	Kontrola biologiczna procesu sterylizacji	<b>20,00</b>

Lp.	NAZWA PROCEDURY	CENA
<b>2</b>	<b>BADANIE BAKTERIOLOGICZNE</b> identyfikacja drobnoustrojów - <b>KOD 91</b>	
2.1	Drożdżaków rodzaju <i>Candida</i> na podłożu chromogennym	<b>10,00</b>
2.2	Drożdżaków rodzaju <i>Candida</i> – test biochemiczny	<b>30,00</b>
2.3	Pałeczek gram(-) ujemnych – test biochemiczny	<b>29,00</b>
2.4	Test krążkowy: - <i>Streptococcus pneumoniae</i> - <i>Streptococcus alfa</i> -hemolizujący - <i>Enterococcus</i> - pałeczka hemofilna - <i>Moraxella</i>	<b>11,00</b>
2.5	Test biochemiczny: - <i>Streptococcus pneumoniae</i> - <i>Streptococcus alfa</i> -hemolizujący - <i>Enterococcus</i> - pałeczka hemofilna - <i>Neisseria</i> - <i>Moraxella</i>	<b>30,00</b>
2.6	<i>Staphylococcus</i> – test na koagulazę	<b>7,00</b>
2.7	<i>Staphylococcus</i> – test biochemiczny	<b>30,00</b>
2.8	<i>Streptococcus beta</i> -hemolizujący – test serologiczny	<b>15,00</b>
2.9	<i>Streptococcus beta</i> -hemolizujący – test biochemiczny	<b>30,00</b>
2.10	Bakterii beztlenowych – test biochemiczny	<b>30,00</b>
2.11	Bakterioskopia – preparat barwiony metodą Gramma	<b>8,00</b>
2.12	Identyfikacja bakterii i grzybów metodą spektrometrii mas	<b>10,00</b>
2.13	Identyfikacja bakterii i grzybów w dodatnich próbkach krwi metodą spektrometrii mas	<b>40,00</b>
<b>3</b>	<b>BADANIE BAKTERIOLOGICZNE</b> oznaczenie lekowrażliwości na antybiotyki - <b>KOD 92</b>	
3.1	Metoda krążkowa	<b>20,00</b>
3.2	Metoda MIC – oznaczenie jednego antybiotyku	<b>25,00</b>
3.3	Metoda automatyczna – oznaczenie lekowrażliwości drożdżaków	<b>32,00</b>
3.4	Metoda automatyczna – oznaczenie lekowrażliwości bakterii	<b>34,00</b>
3.5	Metoda MIC – oznaczenie lekowrażliwości bakterii beztlenowych	<b>78,00</b>
<b>4</b>	<b>PARAZYTOLOGIA - KOD 93</b>	
4.1	Kał w kierunku: (jedna próbka) - jaj glisty - tasiemca - owsika - cyst <i>Giardia</i>	<b>20,00</b>

Lp.	NAZWA PROCEDURY	CENA
<b>5</b>	<b>TESTY IMMUNOCHROMATOGRAFICZNE I SEROLOGICZNE-KOD94</b>	
5.1	Kałwkierunku Rotawirusów/Adenowirusów	<b>46,00</b>
5.2	Kałwkierunku Norowirusów	<b>45,00</b>
5.3	Kałwkierunku Giardia lamblia	<b>30,00</b>
5.4	Moczwkierunku Legionellatyp 1	<b>50,00</b>
5.5	Moczwkierunku obecności antygenów: - Neisseriameningitidis - Streptococcus pneumoniae - Streptococcusagalactiae - Haemophilus Influenzae	<b>210,00</b>
5.6	Kałwkierunku GDH toksyn A/BClostridium difficile	<b>60,00</b>
5.7	Kałwkierunku Campylobacter	<b>40,00</b>
5.8	Płynmózgowo-rdzeniowy wkierunku obecności antygenów: - Neisseriameningitidis - Streptococcus pneumoniae - Streptococcusagalactiae - Haemophilus influenzae	<b>210,00</b>

#### 4. ZAKŁAD REHABILITACJI

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA
<b>1</b>	<b>KINEZYTERAPIA</b>		
1.1	Ćwiczenia indywidualne (dostosowane do rodzaju choroby) czas trwania do 30 min.	70	40,00
1.2	Ćwiczenia indywidualne (dostosowane do rodzaju choroby) czas trwania ponad 30 min.		55,00
1.3	Ćwiczenia czynne w odciążeniu		15,00
1.4	Ćwiczenia czynne w odciążeniu z op.		20,00
1.5	Ćwiczenia na szynie PCM		30,00
1.6	Pionizacja i nauka poruszania się		40,00
1.7	Wyciągi		25,00
1.8	Wyciąg na stole pulsacyjnym		25,00
1.9	Ćwiczenia ogólnousprawniające zespołowe (do 5 osób - koszt na osobę)		25,00
<b>2</b>	<b>FIZYKOTERAPIA</b>		
2.1	Galwanizacja	71	20,00
2.2	Jonoforeza		20,00+ leki
2.3	Elektrostymulacja dwubiegunowa		20,00
2.4	Elektrostymulacja jednobiegunowa		25,00
2.5	Tonoliza		25,00
2.6	Prądy diadynamiczne		20,00
2.7	Prądy interferencyjne		20,00
2.8	Prądy TENS		20,00
2.9	Ultradźwięki miejscowe		20,00
2.10	Ultrafonofreza		20,00+ leki
2.11	Terapuls		20,00
2.12	Diatermia krótkofalowa		20,00
2.13	Magnetronica		20,00
2.14	Naświetlanie prom. IR, sollux miejsc.		15,00
2.15	Laseroterapia - skaner		20,00
2.16	Laseroterapia (punktowo)		20,00
2.17	Hydrocolator ciepły, zimny		15,00
2.18	Krioterapia - zimne powietrze		25,00
2.19	Krioterapia - miejscowa (żele, lód)		15,00

<b>3</b>	<b>HYDROTERAPIA</b>		
3.1	Kąpiel perełkowa	72	60,00
3.2	Kąpiel wirowa kończyn dolnych		40,00
3.3	Kąpiel wirowa kończyn górnych		35,00
3.4	Masaż podwodny całkowity		75,00
<b>4</b>	<b>MASAŻ</b>		
4.1	Masaż klasyczny od cinka łądźwiowo – krzyżowego	73	45,00
4.2	Masaż klasyczny od cinka piersiowego		45,00
4.3	Masaż klasyczny od cinka szyjnego + obręcz barkowa		55,00
4.4	Masaż klasyczny grzbietu		65,00
4.5	Masaż klasyczny jednej kończyny górnej		45,00
4.6	Masaż klasyczny dwóch kończyn górnych		65,00
4.7	Masaż klasyczny jednej kończyny dolnej		50,00
4.8	Masaż klasyczny dwóch kończyn dolnych		75,00
4.9	Masaż klasyczny twarzy		45,00
4.10	Masaż limfatyczny – leczniczy		65,00
4.11	Masaż limfatyczny mechaniczny		45,00
<b>5</b>	<b>PAKIETY REHABILITACYJNE</b>		
5.1	Pakiet usprawniania w chorobach zwyrodnieniowych (gimnastyka + 2 zabiegi fizykoterapeutyczne)*	74	95,00
5.2	Pakiet fizjoterapii po masektomii (drenaż limfatyczny, mechaniczny + gimnastyka)		95,00
5.3	Pakiet fizjoterapii po udarze (gimnastyka + tonizacja/masaż wirowy)*		110,00
5.4	Pakiet fizjoterapii po endoprotezoplastyce stawu kolanowego i biodrowego (gimnastyka + 2 zabiegi fizykoterapeutyczne)*		100,00
5.5	Pakiet fizjoterapii po rekonstrukcji ACL (gimnastyka + 3 zabiegi fizykoterapeutyczne)*		100,00
<b>6</b>	<b>PORADA SPECJALISTY FIZJOTERAPII</b>	<b>75</b>	<b>85,00</b>
<b>7</b>	<b>DOBRANIE I DOPASOWANIE ORTEZY</b>	<b>76</b>	<b>60,00</b>

\*masaż klasyczny, aquavibron, masaż podwodny, kąpiel perełkowa nie wchodzi w skład pakietów.

## 5. PRACOWNIA IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ I BANK KRWI

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA INDYWIDUALNE ODPLATNE
	<b>GRUPA KRWI</b>		
1	Jednagrupakrwiw układzieABO,Rhiprzeciwciała	80	86,00
2	Dwiegrupykrwidokartyidentyfikacyjnej(oznaczeniegrupy krwi ABO, Rh i przeciwciała) wykonanych z dwóch różnych próbek pobranych tego samego dnia		136,00
3	Badaniepodstawowew ciąży	81	86,00
4	Jedna grupakrwi+ badanie konsultacyjne	82	470,00
5	OznaczeniefenotypuzukładuRh+K	83	62,00
6	Oznaczenie l antygenuzinnegoukładunizRh, Kell	84	122,00
7	Odpisgrupy krwi	85	15,00
8	Wpisdodokumentu tożsamości	86	17,00
9	Wpisgrupykrwi na“KARTEIDENTYFIKACYJNĄ”	87	30,00

**Uwaga!**Badaniakonsultacyjne-jesttosumabadańkonsultacyjnychprostyh,potrzebnychdowykryciaprzeciwciałodpornościowych.

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA
1	1Grupa krwibezprzeciwciał	E65	62,00
2	1Grupa krwiz przeciwciałami	E65.1	86,00
3	1Grupa krwiABORhDdlanoworodka	E31	69,00
4	Testenzymatyczny-scryning(1karta)	E05	75,00
5	Testantyglobulinowy-scryning(1karta)	E21	75,00
6	Próbazgodności i donacja	E20	100,00
7	Próbazgodnośćikolejnadonacja	E20.1	44,00
8	Badaniepodstawowe w ciąży	E21.1	86,00
9	BTA	E21.1	52,00
10	BTA-5klas	E64	80,00
11	Testenzymatyczny-identyfikacja przeciwciał	E05.1	100,00
12	Testantyglobulinowy- identyfikacja przeciwciał	E05.2	104,00
13	TestantyglobulinowyIgG-identyfikacja przeciwciał	E05.3	127,00
14	TestNaCl-identyfikacja przeciwciał	E05.4	79,00
15	Miano przeciwciałodpor.- testPTA1h	E21.2	108,00
16	Wykonanieeluatuglicyna/eter	E64.1	105,00
17	Oznaczenieantygenu-e	E05.5	30,00
18	Oznaczenieantygenu-E	E05.6	30,00
19	Oznaczenieantygenu-C	E05.7	30,00
20	Oznaczenieantygenu-c	E05.8	30,00

<b>21</b>	Oznaczenieantygenu–Cw	<b>E05.9</b>	<b>31,00</b>
<b>22</b>	Oznaczenieantygenu–K	<b>E05.10</b>	<b>30,00</b>
<b>23</b>	Oznaczenie fenotypuzukładuRhCWCcEe+ K	<b>E64.2</b>	<b>62,00</b>
<b>24</b>	Oznaczenie l antygenuzinnegoukładunizRh iKell	<b>E05.11</b>	<b>122,00</b>
<b>25</b>	AutoabsorpcjaPEG/kwaśnaglicyna	<b>E64.3</b>	<b>130,00</b>
<b>26</b>	Absorpcja18 <sup>0</sup> C	<b>E05.12</b>	<b>104,00</b>
<b>27</b>	Absorpcja37 <sup>0</sup> C	<b>E05.13</b>	<b>122,00</b>
<b>28</b>	Inaktywacjasur.matki/konfliktABO/termostabilneudziecka	<b>E24.3</b>	<b>135,00</b>
<b>29</b>	Oznaczeniezimnychaglutynin- identyfikacjalubamplituda	<b>E64.4</b>	<b>189,00</b>
<b>30</b>	Odpisgrupykrwi(grupakrwiABORhDbadaniazewnętrzne	<b>E53</b>	<b>15,00</b>
<b>31</b>	Bank Krwi - 1 preparat	<b>E57</b>	<b>111,00</b>
<b>32</b>	Wpis grupykrwidokumentu	<b>E61</b>	<b>17,00</b>
<b>33</b>	KREWKARTA-kartaszczególnegobiocy	<b>E87</b>	<b>30,00</b>

## 6. DZIAŁ DEZYNFEKCJI I CENTRALNEJ STERYLIZACJI

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA
<b>1</b>	<b>STERYLIZACJA PARĄ WODNĄ</b>		
1.1	Zestawnarzędzi (taca)	<b>301</b>	<b>10,33</b>
1.2	Narzędziaróżne (pojedyncze)	<b>301</b>	<b>9,59</b>
1.3	Narzędziaróżne (pakiet)	<b>301</b>	<b>9,23</b>
<b>2</b>	<b>STERYLIZACJA GAZOWA EO</b>		
2.1	Narzędziaróżne (pojedyncze)	<b>301</b>	<b>28,66</b>
<b>3.</b>	<b>STERYLIZACJA PLAZMOWA</b>		
3.1	Narzędziaróżne (pojedyncze)	<b>301</b>	<b>63,96</b>



## 7. INNE KOMÓRKI ORGANIZACYJNE SZPITALA

### 7.1. OŚRODEK DOMOWEGO LECZENIA TLENEM

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA
1	<b>SPIROMETRIA</b>		
1.1	Spirometriabezleku	36	70,00
1.2	Spirometria z lekiem Steri-Neb Salamol		100,00
2	<b>KONSULTACJA LEKARSKA (30 minut)</b>	37	120,00

### 7.2. ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA
1	USG stawów rąk	44	250,00
2	USG stawów kolanowych/ barkowych		250,00
3	Kapilaroskopia	48	100,00
4	Konsultacja lekarska	49	200,00

### 7.3 PRACOWNIA EEG

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA
1	EEG dla dorosłych	41	160,00

### 7.4 ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO -POŁOŻNICZY

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA
1	<b>USG GINEKOLOGIA</b>		
1.1	USG dopochwowe	45	200,00
1.2	USG ciąży		200,00
1.3	USG Doppler ciąży		200,00
1.4	USG ginekologiczne brzuszne		150,00
1.5	USG prenatalne		300,00
2	<b>CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA</b>	46	50,00
3	<b>KOLPOSKOPIA GINEKOLOGICZNA</b>	47	250,00

## 7.5 PORADNIA KONSULTACYJNA OKULISTYCZNA

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA
1	HRT	50	120,00
2	USG oka	51	200,00
3	PORADAAMBULATORYJNA-dlaosóbnieubezpieczonych	53	230,00
4	AFL	54	340,00
5	OCT	55	200,00
6	<b>LASER</b>		
6.1	Laser–Argon	56	300,00
6.2	LaserYagIrydotomia		350,00
6.3	LaserYagKapsulotomia		350,00

## 7.6 ODDZIAŁ UROLOGICZNY

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA
1	USGtransrektalne	43	150,00

## 7.7 ODDZIAŁ DERMATOLOGICZNY

Lp.	NAZWABADANIA	KOD	CENA
1	<b>Konsultacja</b> dermatologiczna	701	150,00
2	<b>Konsultacja</b> dermatologicznazwiązanażkontynuacją leczenia (1 wizyta po 3 naświetlaniach)	702	72,00
3	<b>Fototerapia Pakiet I - 1 tydzień:</b> Konsultacja Dermatologiczna, NaświetlaniaUVB311mn-3xwtygodniu	703	185,00
4	<b>FototerapiaPakietII-2tygodnie:</b> KonsultacjaDermatologiczna, Naświetlania UVB 311 mn - 3 x w tygodniu (2 tygodnie) KonsultacjaDermatologicznapo3naświetlaniach(ocenastanu pacjenta, wyznaczenie kolejnych dawek naświetleń)	704	290,00
5	<b>Pakiet9naświetlańbezwizytykwalifikacyjnej</b> 9naświetlańUVB311mnlubczęściowych 3KonsultacjeDermatologiczneżwiązaneżkontynuacjąleczenia	705	329,00
6	Fototerapia-UVAkabina-1naświetlanie	710	29,00
7	Fototerapia-UVBkabina-1naświetlanie	710	29,00
8	Fototerapia-UVAiUVBkabina	710	43,00
9	Fototerapia-UVAczęściowa-1naświetlanie	711	24,00
10	Fototerapia-UVBczęściowa-1naświetlanie	711	24,00
11	Fototerapia-UVAiUVBczęściowa	711	36,00
12	Fototerapia-UVB311-1naświetlanie	712	24,00

## 7.8 NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	Wykonanie iniekcji		
1.1	Wykonanie iniekcji dożylniej	65	30,00*
1.2	Wykonanie iniekcji domięśniowej		28,00*

\*dotyczy świadczeń zdrowotnych wykonywanych na zlecenie pacjenta przyskierowaniu podmiotowi posiadającemu umowę z NFZ (zlecenie prywatne)

## 7.10 PORADA SPECJALISTYCZNA

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	Porada lekarska	32	150,00

## 7.11 POBYT W ODDZIALE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/ OPIEKUNA FAKTYCZNEGO LUB OSOBY O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Pobyt w podmiocie leczniczym przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, który sprawuje opiekę nad pacjentem:

- małoletnim lub

- posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności jest **BEZPŁATNY**.

(art.35ust.4wzww.Zart.34ust3ustawyoprawachpacjentaiRzecznikaPrawPacjenta)\*

\*Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. 1964 Nr 9, poz. 59 ze zm.), dalej k.r.o. **przedstawicielem ustawowym** jest:

- każdy z rodziców dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską. Jeżeli dziecko pozostaje pod władzą rodzicielską obojga rodziców, każdy z nich może działać samodzielnie jako przedstawiciel ustawowy dziecka (art. 98 & 1 k.r.o.);
- opiekun prawny dziecka pozostającego pod jego opieką (art.155&1-2k.r.o.)-o ustanowieniu opiekunem prawnym rozstrzyga sąd opiekuńczy postanowieniem. Osoba twierdząca, że jest opiekunem prawnym musi zatem wylegitymować się postanowieniem sądu opiekuńczego.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 u.p.p. przez **opiekuna faktycznego** należy rozumieć osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

## 7.12 KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE na rzecz innych jednostek medycznych

Lp.	NAZWA BADANIA	CENA
1	Konsultacje Lekarskie	300,00

## 7.13 PRACOWNIA NEUROFIZJOLOGII

Lp.	NAZWA BADANIA	KOD	CENA
1	Elektroencefalogram jednego nerwu	401	90,00
2	Przewodnictwo jednego nerwu metodą porównawczą lub inchoingiem	402/403 met.por.	110,00
3	Badanie odruchu mrużania (blink reflex)	404	120,00
4	Próba szchemiczna (tężyczkowa)	405	130,00
5	Próbamiasteniczna (męczliwości) jednego mięśnia	406	130,00
6	Badanie pojedynczego włókna (jeden mięsień)	407	180,00
7	Elektromiografia jednego mięśnia (metoda jakościowa + ilościowa)	408	150,00
8	Elektromiografia metodą jakościową		130,00

## 8. USŁUGI MEDYCZNE DODATKOWE

Niefinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia

### 8.1. WYDAWANIE ORZECZEŃ/ ZAŚWIADCZEŃ LEKARSKICH oraz WYKONYWANIE BADAN LEKARSKICH

art.16 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Lp.	PRZEDMIOT ŚWIADCZENIA – KOD307	CENA
	<b>WYDAWANIE ZAŚWIADCZEŃ</b>	
1	<b>Orzeczenia:</b> <b>a.</b> zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych <b>b.</b> inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy: – jeżeli nie są związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, – jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, uzyskania świadczenia uzupełniającego lub ustalenia przyczyni rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie	45,00
2	Udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta narzeczzakładu ubezpieczeń ***	50,00
3	Orzeczenia, badania i zaświadczenia lekarskie wydawane na zlecenie prokuratury albo sądu, w związku z toczącym się postępowaniem prowadzonym na podstawie odrębnych przepisów *	<b>Ustalane każdorazowo na podstawie zakresu badań</b>
4	Zaświadczenia wystawione przez lekarza lub położną, wydawane na życzenie świadczeniobiorcy - jeżeli nie są wydawane dla celów: <b>a.</b> uzyskania dodatku tytułu urodzenia dziecka, <b>b.</b> jednorazowej zapomogi tytułu urodzenia dziecka	45,00
5	Orzeczenia, badania i zaświadczenia lekarskie dla celów rentowych ZUS, KRUS oraz dla zespołów rzekających o stopniach niepełnosprawności wydawane na zlecenie tych podmiotów	45,00
6	Oплата za przechowywanie zwłok pacjenta przez określony czas do 72 godziny **	15,00/1godz.
7.	Konsultacja w trybie pilnym z zaświadczeniem	200,00

#### Podstawa prawna:

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r.

Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie sposobu i trybu finansowania kosztów badań, wydawania orzeczeń lub zaświadczeń związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustaleniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych z dnia 20 grudnia 2004 r.

\* Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu karnym z dnia 24 kwietnia 2013 r.

\* Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości w sprawie określenia stawek wynagrodzenia biegłych, taryf zryczałtowanych oraz sposobu dokumentowania wydatków niezbędnych dla wydania opinii w postępowaniu cywilnym z dnia 24 kwietnia 2013 r.

\*\* Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych z dnia 31 stycznia 1959r.

\*\*\* Jeżeli pytanie jest złożone i zawiera w sobie kilka pytań, każde z tych pytań traktowanej jest jak pytanie zadane osobno. Odpowiedź na poszczególne pytania zostanie rozliczona zgodnie z cennikiem usług.

## 8.2. ZAJĘCIA W SZKOLE RODZENIA

Lp.	NAZWA PROCEDURY	KOD	CENA
1	<b>SZKOŁA RODZENIA</b>		
1.1	Pełny cykl szkolenia	300	150,00

## 8.3. USŁUGI NIEMEDYCZNE, OPŁATY ZA USŁUGI ADMINISTRACYJNE

Lp.	NAZWA PROCEDURY	KOD	CENA
1	Nadanie faxu	306	6,15
2	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym (za potwierdzeniem odbioru) – do 500 g – gabaryt S	220	13,50
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym (za potwierdzeniem odbioru) – do 1000 g – gabaryt M		14,12
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym (za potwierdzeniem odbioru) – do 2000 g – gabaryt L		23,87
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym, priorytetowe (z potwierdzeniem odbioru) – do 500g – gabaryt S		14,00
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym, priorytetowe (za potwierdzeniem odbioru) – do 1000 g – gabaryt M		14,62
	Przesyłki listowe polecone, w obrocie krajowym, priorytetowe (za potwierdzeniem odbioru) – do 2000 g – gabaryt L		26,25
3	Wypożyczenie łóżka	310	2,00/dzień
4	<b>OPIS DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</b>		
4.1	Opłata za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji med.	311	14,50
4.2	Opłata za udostępnienie dokumentacji elektronicznym nośniku danych		2,90
5	<b>KSERO DOKUMENTACJI</b>		
5.1	Opłata za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej	308	0,50
5.2	Opłata za jedną stronę kopii dokumentów winnych niż medyczne oraz dokumentacji medycznej niebędącej własnością WSZ-A4		3,00
5.3	Opłata za jedną stronę kopii dokumentów winnych niż medyczne oraz dokumentacji medycznej niebędącej własnością WSZ-A3		3,50

### Podstawa prawna:

Art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2024.581.).

Opłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:

- pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta,
- w związku z postępowaniem przed Wojewódzką Komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.

Opłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.

## 8.4. USŁUGI TRANSPORTU SANITARNEGO

Lp.	RODZAJ USŁUGI Przeznaczenie Pojazdu	TYP POJAZDU	CENA (w zł) za 1km	CENA (w zł) za rozpoczętą	ZABEZPIECZENIE imprez stacjonarnych (w zł) za rozpoczętą godzinę	KOD
A	B	C	D	E	G	H
1	Samochód osobowy	osobowy	3,50	60,00	–	98
2	Karetka przewozowa	AMBULANS Typu A, Blub Wg PN-EN 1789	4,00	100,00	–	99
3	Zespół podstawowy		4,00	210,00	280,00	
4	Zespół specjalistyczny		4,00	310,00	360,00	
5	Patrol ratowniczy- Dwóch ratowników medycznych				250,00	

### \*UWAGI:

- Podatek VAT doliczany będzie do usług transportowych w przypadkach określonych w przepisach o podatku od towarów i usług.
- W przypadkach indywidualnych dopuszcza się możliwość negocjacji ceny.
- Do obliczenia należności należy dodać kolumnę **D** i **E** (przejechane kilometry liczone są w obie strony).  
**Wozogodzina** -godzina pracy samochodu, którą należy dodać do przejechanych kilometrów.  
Każdą wozogodzinę rozpoczyna kolejna godzina przejazdu.
- Przy zabezpieczeniu imprez stacjonarnych(np. koncerty, mecze itp.) korzystamy z kolumny **G**.
- Samochód wymieniony w poz. 1 nie jest dostępny do przewozu pacjentów.