

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

<b>Cennik opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (stanowiący zał. Nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego)</b>			
<b>Lp.</b>	<b>Wyszczególnienie</b>	<b>Cena netto**</b>	<b>Cena brutto (cena netto +23%Vat)</b>
1.	Za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej*	11,70	14,39
2.	Za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej*	0,41	0,50
3.	Za udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych*	2,34	2,88
4.	Dodatkowa dokumentacja badania densytometrii DXA	10,00	12,30
5.	Koszty przesyłki są zgodne z cenami Poczty Polskiej, powiększone o obowiązującą stawkę podatku VAT		

\* Uwaga!

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. 2022, poz. 1876 z późn. zm.).

**II. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentom bez skierowania i pacjentom nieubezpieczonym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**

Lp.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Porada specjalistyczna <i>(Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane dla potrzeb porady płatne osobno wg cennika).</i>	190,00
2.	Porada specjalistyczna zabiegowa <i>(Badania diagnostyczne wykonywane dla potrzeb porady płatne osobno wg cennika)</i>	250,00
3.	Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej	60,00

**\*\* 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 2022r., poz.931 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 w stanach nagłych

Koszt hospitalizacji pacjenta stanowi iloczyn wartości punktowej określonej dla danej grupy JGP w aktualnym katalogu świadczeń NFZ i ceny za 1 punkt według poniższej tabeli.

Informację na temat wartości punktowej danej grupy JGP, określonej dla każdego hospitalizowanego pacjenta, można uzyskać w Sekretariacie Oddziału lub u lekarza prowadzącego.

L.p.	Nazwa oddziału	Wskaźnik korygujący
1.	Kliniczny Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu	1,81
2.	Oddział Chirurgii Dziecięcej	1,17
3.	Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej	1,24
4.	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	1,20
5.	Kliniczny Oddział Położnictwa, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej	1,48
6.	Oddział Hematologii	1,00
7.	Oddział Kardiochirurgii	1,34
8.	Kliniczny Oddział Kardiologii	1,00
9.	Oddział Neonatologii	1,00
10.	Kliniczny Oddział Neurologii	1,20
11.	Oddział Okulistyki	1,51
12.	Kliniczny Oddział Onkologii	1,26
13.	Kliniczny Oddział Pediatrii	1,18
14.	Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej	1,23
15.	Kliniczny Oddział Rehabilitacji z Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej	1,35
16.	Kliniczny Oddział Wewnętrzny I	1,00
17.	Oddział Wewnętrzny II i Nadciśnienia Tętniczego	1,00
18.	Kliniczny Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	1,00
19.	Oddział Reumatologii	1,10
20.	Szpitalny Oddział Kliniczny Neurochirurgii	1,03

#### IV. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja – usługi komercyjne

Dotyczy usług w trybie planowym dla pacjentów nieubezpieczonych oraz pacjentów posiadających ubezpieczenie zdrowotne, którzy decydują się na świadczenia odpłatne (np. ze względu na długi czas oczekiwania na udzielanie świadczenia w ramach NFZ).

Podane ceny dotyczą usługi standardowej (typowej) – bez powikłań, niewymagającej przedłużonego pobytu, dodatkowej diagnostyki, farmakoterapii itp. W przypadku usługi nietypowej cena hospitalizacji ustalana jest według rzeczywistych kosztów leczenia, po zakończeniu udzielania świadczenia.

Wykonanie świadczenia w ramach hospitalizacji – usługi komercyjne wymaga wcześniejszego podpisania umowy w Dziale Kontroli, Budżetowania i Analiz (pokój nr 1).

Koszty implantów i elementów wszczepiennych ustalane są wg rzeczywistej ceny zakupu przez szpital.

<b>Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej</b>		
Tel. 361-36-01, 361-33-14		
<b>L.p.</b>	<b>Nazwa usługi</b>	<b>Cena netto**</b>
1.	Całkowicie wycięcie tarczycy z neuromonitoringiem (hospitalizacja do 5 dni)	12 000,00
2.	Częściowe wycięcie tarczycy z neuromonitoringiem (hospitalizacja do 4 dni)	8 000,00
3.	Laparoskopowe wycięcie pęcherzyka żółciowego (hospitalizacja do 5 dni)	7 500,00
4.	Operacja jednostronnej przepukliny pachwinowej z użyciem siatki (hospitalizacja do 4 dni)	7 500,00
5.	Operacja obustronnej przepukliny pachwinowej z użyciem siatki (hospitalizacja do 4 dni)	8 500,00
6.	Operacja przepukliny pępkowej z użyciem siatki (hospitalizacja do 4 dni)	7 000,00
7.	Operacja przepukliny kresy białej z użyciem siatki (hospitalizacja do 4 dni)	7 000,00
8.	Operacja przepukliny brzusznej pooperacyjnej z użyciem siatki (hospitalizacja do 4 dni)	10 000,00
9.	Naciecie ropnia powłok w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)	5 000,00
10.	Naciecie ropnia okołoodbytniczego w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)	5 000,00
11.	Wycięcie tłuszczaka w warunkach bloku operacyjnego (hospitalizacja do 2 dni)	4 500,00
12.	Wycięcie raka skóry z plastyką w warunkach bloku operacyjnego (hospitalizacja do 3 dni)	8 000,00
13.	Wycięcie żyłaków odbytu metoda klasyczną (hospitalizacja do 3 dni)	6 000,00

14.	Wycięcie torbieli pilonidalnej (hospitalizacja do 4 dni)	6 000,00
15.	Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka (hospitalizacja do 4 dni)	22 000,00
16.	Laparoskopowe wycięcie wyrostka robaczkowego (hospitalizacja do 3 dni)	6 000,00

**Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej**

Tel. 361-33-61

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Tonsilectomia – wycięcie migdałków podniebiennych w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)	6 800,00
2.	Adenotomia – wycięcie migdałka gardłowego w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)	5 000,00
3.	Adenotomia + paracenteza – wycięcie migdałka gardłowego + nakłucie błony bębenkowej w znieczuleniu ogólnym (hospitalizowana do 3 dni)	5 000,00
4.	Adenotomia + drenaż – wycięcie migdałka gardłowego + drenaż w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)	6 000,00
5.	Septoplastyka – plastyka przegrody w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 5 dni)	9 500,00
6.	Endoskopowa operacja zatok w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 6 dni)	12 500,00
7.	Usunięcie ślinianki w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 6 dni)	24 000,00
8.	Usunięcie torbieli szyi w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 5 dni)	10 000,00
9.	Operacja węzłów chłonnych szyi w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 5 dni)	10 000,00
10.	Plastyka podniebienia – laser w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)	8 000,00
11.	Mucotomia, RF, Krio w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)	5 000,00
12.	Rhinoseptoplastyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 6 dni)	15 000,00 – 20 000,00
13.	Operacja ucha w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 6 dni)	12 000,00 – 15 000,00
14.	Myringoplastyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 5 dni)	10 000,00
15.	Laser krtani, gardła w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 10 dni)	27 000,00
16.	MLS – diagnostyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)	6 000,00

**Usługi medyczne świadczone przez Oddział Chirurgii Dziecięcej**

Tel. 361-37-54

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Operacja przepukliny pachwinowej u dzieci powyżej 1 roku życia w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)	4 800,00
2.	Operacja wodniaka jądra w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)	7 000,00
3.	Operacja stulejki w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)	4 700,00
4.	Operacja niezstąpionego jądra w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)	7 000,00
5.	Operacja wrastającego paznokcia w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)	2 700,00
6.	Usunięcie znamion barwnikowych powłok w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)	3 400,00

**Usługi medyczne świadczone przez Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej**

Tel. 361-35-31

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Artroskopia kolana bez kosztów implantów (hospitalizacja do 3 dni)	6 300,00
2.	Przeszczep więzadła krzyżowego kolana bez kosztu implantów (hospitalizacja do 3 dni)	7 400,00
3.	Korekcja palucha bez kosztów implantów (hospitalizacja do 3 dni)	6 900,00
4.	Osteotomia korekcyjna palucha koślawego, palców młotkowatych, płaskostopia poprzecznego bez kosztów implantów (hospitalizacja do 4 dni)	9 500,00
5.	Endoproteza biodra bez kosztu implantów (hospitalizacja do 7 dni)	18 000,00
6.	Endoproteza kolana bez kosztu implantów (hospitalizacja do 7 dni)	19 000,00

**Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Położnictwa, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej**

Tel. 361-32-84

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Wyłyżeczkowanie jamy macicy i szyjki macicy (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	2 000,00
2.	Wycinki z szyjki macicy i wyłyżeczkowanie kanału szyjki pod kontrolą kolposkopową w znieczuleniu miejscowym (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	1 000,00
3.	Wycinki ze sromu pod kontrolą kolposkopową w znieczuleniu miejscowym (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	1 000,00

4.	Laparoskopia diagnostyczna i wycięcie torbieli (hospitalizacja do 3 dni)	8 000,00
5.	Elektrokonizacja szyjki macicy (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	2 000,00
6.	Wycięcie zmiany pochwy lub sromu (hospitalizacja do 2 dni)	3 000,00
7.	Amputacja trzonu macicy lub wycięcie macicy (hospitalizacja do 3 dni)	10 000,00
8.	Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)	3 800,00
9.	Histeroskopia diagnostyczna w znieczuleniu miejscowym (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	2 000,00
10.	Podwieszenie cewki z użyciem taśmy (hospitalizacja do 2 dni)	4 000,00
11.	Przednia i tylna plastyka pochwy (hospitalizacja do 3 dni)	6 000,00
12.	Usunięcie endometriozy w bliźnie pooperacyjnej (hospitalizacja do 3 dni)	6 000,00

**Usługi medyczne świadczone przez Szpitalny Oddział Kliniczny Neurochirurgii**

Tel. 361-32-42

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Operacja oczyszczenia nerwu obwodowego (łokciowy, pośrodkowy, piszczelowy) z powodu neuropatii w zespołach cieśni (hospitalizacja do 4 dni)	8 000,00
2.	Operacja dyskopatii szyjnej z wprowadzeniem sztywnego implantu 1 poziom - bez kosztu implantów (hospitalizacja do 7 dni)	20 000,00
3.	Operacja dyskopatii szyjnej z wprowadzeniem sztywnego implantu 2 poziomy - bez kosztu implantów (hospitalizacja do 7 dni)	25 000,00
4.	Operacja dyskopatii szyjnej z wprowadzeniem sztywnego implantu 3 poziomy - bez kosztu implantów (hospitalizacja do 7 dni)	30 000,00
5.	Operacja dyskopatii, choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego operacje struktur kanału kręgowego (hospitalizacja do 7 dni)	22 000,00
6.	Operacja dyskopatii, choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego z zastosowaniem implantów 1 poziom – bez kosztu implantu (hospitalizacja do 9 dni)	30 000,00
7.	Operacja dyskopatii, choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego z zastosowaniem implantów 2 poziomy – bez kosztu implantu (hospitalizacja do 9 dni)	35 000,00
8.	Operacja dyskopatii, choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego z zastosowaniem implantów 3 poziomy – bez kosztu implantu (hospitalizacja do 9 dni)	40 000,00
9.	Wartebroplastyka przezskórna z użyciem cementu kostnego w przebiegu złamań, naczynek trzonów kręgów – bez kosztów elementów wszczepiennych (hospitalizacja do 3 dni)	10 000,00
10.	Kyfoplastyka przezskórna z użyciem urządzenia przywracającego wysokość trzonu kręgu oraz cementu kostnego w przebiegu złamań trzonów kręgów – bez kosztu implantu oraz środka medycznego	15 000,00

11.	Farmakologiczna denerwacja stawów kręgosłupa z blokadą przeciwbólową w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa (hospitalizacja do 3 dni)	7 000,00
12.	Termodenerwacja z zastosowaniem prądu wysokiej częstotliwości tzw RF w chorobie zwyrodnieniowej kręgosłupa – bez kosztu elektrody (hospitalizacja do 4 dni)	7 500,00
13.	Zabiegi małoinwazyjne w dyskopatii lędźwiowej - nukleoplastyka, nukleotomia, anuloplastyka – nie obejmuje kosztu urządzenia (hospitalizacja do 3 dni)	15 000,00

**Usługi medyczne świadczone przez Oddział Okulistyki**

Tel. 361-48-63

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Operacja fakoemulsyfikacji z wszczepieniem jednoogniskowej soczewki zwijalnej (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	5 100,00
2.	Operacja fakoemulsyfikacji z wszczepieniem soczewki torycznej (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	6 300,00

**Usługi medyczne świadczone przez Oddział Kardiochirurgii**

Tel. 361-39-85

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Pomostowanie tętnic wieńcowych - by passy (hospitalizacja do 6 dni)	47 500,00
2.	Wszczepienie zastawki aortalnej biologicznej lub mechanicznej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)	40 000,00
3.	Wszczepienie zastawki mitralnej biologicznej lub mechanicznej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)	40 000,00
4.	Naprawa zastawki mitralnej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)	38 500,00
5.	Naprawa zastawki trójdzielnej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)	44 000,00
6.	Usuwanie elektrod (TLE) bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 4 dni)	24 000,00
7.	Operacja tętniaka aorty bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 9 dni)	55 000,00

**Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Kardiologii i Zakład Hemodynamiki i Interwencji Sercowo-Naczyniowych**

Tel. 361-35-27

L.p.	Nazwa usługi	Cena netto**
1.	Koronarografia z użyciem dwóch cewników (hospitalizacja do 2 dni)	4 500,00
2.	Balonowa angioplastyka wieńcowa (hospitalizacja do 3 dni)	8 200,00



3.	Wprowadzenie jednego stentu do tętnicy wieńcowej (hospitalizacja do 2 dni)	9 650,00
4.	Wprowadzenie dwóch stentów do tętnicy wieńcowej (hospitalizacja do 3 dni)	14 200,00
5.	Angioplastyka wieńcowa z użyciem balonu powlekanego lekiem (hospitalizacja do 2 dni)	12 300,00
6.	Wewnątrznaczyniowa ultrasonografia (IVUS) dodatkowe badanie wykonywane w czasie procedury głównej	6 000,00
7.	Pomiar cząstkowej rezerwy przepływu wieńcowego (FFR) dodatkowe badanie wykonywane w czasie procedury głównej	6 000,00
8.	Aterektomia rotacyjna (Rotablacja) dodatkowe badanie wykonywane w czasie procedury głównej	6 400,00
9.	Echo przezprzełykowe (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	700,00
10.	Tilt test (hospitalizacja w trybie jednodniowym)	700,00
11.	Badanie elektrofizjologiczne (EPS) (hospitalizacja do 5 dni)	13 700,00
12.	Ablacja zaburzeń rytmu serca (hospitalizacja do 5 dni)	31 600,00
13.	Ablacja prosta rytmu serca z wykorzystaniem systemu 3D (hospitalizacja do 5 dni)	41 700,00
14.	Ablacja złożona zaburzeń rytmu serca z wykorzystaniem systemu 3D ((hospitalizacja do 5 dni)	65 250,00
15.	Ablacja migotania przedsionków (hospitalizacja do 5 dni)	63 450,00
16.	Wszczepienie/wymiana stymulatora serca jednojamowego (hospitalizacja do 6 dni)	15 200,00
17.	Wszczepienie/wymiana stymulatora serca dwujamowego (hospitalizacja do 6 dni)	18 500,00
18.	Wszczepienie/wymiana ICD (hospitalizacja do 6 dni)	40 200,00
19.	Wszczepienie/wymiana CRT-D (hospitalizacja do 6 dni)	64 000,00

*\*\* 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 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług, Dz. U. z 2022 r., poz. 931 z późn. zm.). Usługi medyczne służące innym celom niż w/w podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

V. Cennik opłat za badania diagnostyczne i inne procedury medyczne

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

<b>BADANIA RTG</b>		
<b>L.p.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Cena netto**</b>
1.	RTG nosa, zatok nosa, nosogardzieli	60,00
2.	RTG czaszki (jedna projekcja)	60,00
3.	RTG czaszki PA i boczne (dwie projekcje)	70,00
4.	RTG twarzoczaszki	60,00
5.	RTG żuchwy	60,00
6.	RTG oczodołu, oczodołów (jedna projekcja)	60,00
7.	RTG oczodołów na ciało obce (dwie projekcje)	70,00
8.	RTG potylicy	60,00
9.	RTG st.skroniowo-żuchwowy	80,00
10.	RTG kr. szyjnego AP i boczne	70,00
11.	RTG kr. szyjny celowane na ząb obrotnika	60,00
12.	RTG kr. szyjny czynnościowe	70,00
13.	RTG kr. szyjny celowane boczne kręgu	60,00
14.	RTG kr. piersiowego AP i boczne	70,00
15.	RTG kr. piersiowego celowane kręgu	60,00
16.	RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego AP i boczne	70,00
17.	RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego celowane kręgu	60,00
18.	RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego skosy /czynnościowe	80,00
19.	RTG stawów krzyżowo-biodrowych	70,00
20.	RTG kręgosłupa u dzieci w poz. stojącej AP ( 1 zdjęcie)	70,00
21.	RTG kręgosłupa u dzieci w poz. stojącej AP i boczne 2 (zdjęcia)	80,00
22.	RTG kręgosłupa Th-LS w pozycji stojącej AP (łączenie)	150,00
23.	RTG kręgosłupa Th-LS AP i bok (łączenie)	220,00
24.	RTG żeber ( dwie projekcje)	70,00
25.	RTG żeber skośne ( jedna projekcja)	60,00
26.	RTG mostka	60,00
27.	RTG obojczyka	60,00
28.	RTG obojczyków - porównawcze	65,00
29.	RTG płuc PA/AP	60,00
30.	RTG płuc PA i boczne	70,00
31.	RTG płuc – boczne	60,00
32.	RTG j. brzusznej (jedna projekcja)	60,00
33.	RTG j. brzusznej i klp ciało obce	80,00
34.	RTG barku (jedna projekcja)	60,00
35.	RTG ramienia (dwie projekcje)	70,00
36.	RTG ramienia - transtorakalne	70,00
37.	RTG łopatki	60,00
38.	RTG łokcia AP i boczne	70,00
39.	RTG przedramienia AP i boczne	70,00
40.	RTG nadgarstka, ręki, śródreżca, palca (dwie projekcje)	70,00

41.	RTG rąk-porównawcze	70,00
42.	RTG k. łódeczkowatej nadgarstka, k. grochowatej nadgarstka	60,00
43.	RTG ręki na wiek kostny	60,00
44.	RTG miednicy, stawy biodrowe – porównawcze	60,00
45.	RTG st. biodrowego, spojenia łonowego (jedna projekcja)	60,00
46.	RTG st. biodrowego plus osiowe (dwie projekcje)	70,00
47.	RTG uda, podudzia, st.kolanowego, st. skokowego, stopy (dwie projekcje)	70,00
48.	RTG kolan	80,00
49.	RTG stóp, pięt – porównawcze	60,00
50.	RTG rzepki, pięty (jedna projekcja)	60,00
51.	RTG palców stopy (dwie projekcje)	70,00
52.	RTG celowane k.k.dolnej (jedna projekcja)	60,00
53.	RTG celowane k.k.dolnej (dwie projekcje)	70,00
54.	RTG kości kończyny dolnej AP (łączenie)	150,00
55.	RTG kości kończyny dolnej AP i bok (łączenie)	220,00

<b>BADANIA USG</b>		
L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	Biopsja tarczycy pod kontrolą USG	250,00
	USG tarczycy	65,00
	nakłucie do PCI	120,00
	badanie cytologiczne	65,00
2.	Biopsja układu limfatycznego pod kontrolą USG	250,00
3.	Biopsja cienkoigłowa piersi pod kontrolą USG	250,00
4.	Biopsja gruboigłowa piersi pod kontrolą USG	500,00
5.	USG tarczycy i przytarczyc	150,00
6.	USG Doppler tętnic szyjnych i kręgowych	180,00
7.	USG przezciemiączkowe	180,00
8.	USG przezciemiączkowe z opcją Doppler	200,00
9.	USG węzłów chłonnych szyi	150,00
10.	USG ślinianek	150,00
11.	USG piersi	160,00
12.	USG jamy opłucnej	150,00
13.	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego, gruczołu krokowego	150,00
14.	USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	150,00
15.	USG doppler żył jednej kończyny dolnej	200,00
16.	USG doppler żył dwóch kończyn dolnych	260,00
17.	USG doppler żył jednej kończyny górnej	200,00
18.	USG doppler żył dwóch kończyn górnych	260,00
19.	USG węzłów chłonnych jedna okolica anatomiczna	150,00
20.	USG tkanek miękkich	150,00
21.	USG stawu kolanowego	190,00
22.	USG jąder	150,00

<b>TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA</b>		
L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	TK głowy bez kontrastu	300,00
2.	TK głowy bez kontrastu i z kontrastem	500,00

3.	Angio TK tętnic szyjnych	750,00
4.	Angio TK tętnic śródczaszkowych	750,00
5.	TK zatok bez kontrastu	330,00
6.	TK zatok bez i z kontrastem	550,00
7.	TK oczodołów bez kontrastu	330,00
8.	TK oczodołów bez i z kontrastem	550,00
9.	TK kości skroniowych bez kontrastu	330,00
10.	TK kości skroniowych bez i z kontrastem	550,00
11.	TK twarzoczaszki bez kontrastu	450,00
12.	TK twarzoczaszki bez i z kontrastem	590,00
13.	TK szyi bez kontrastu	450,00
14.	Tk szyi bez kontrastu i z kontrastem	550,00
15.	TK klatki piersiowej bez kontrastu	350,00
16.	TK klatki piersiowej HRCT	400,00
17.	TK klatki piersiowej bez i z kontrastem	610,00
18.	Angio TK tętnic płucnych	650,00
19.	Angio TK aorty piersiowej	700,00
20.	TK brzucha bez kontrastu	400,00
21.	TK brzucha (wielofazowe) bez i z kontrastem	650,00
22.	TK miednicy małej bez kontrastu	380,00
23.	TK miednicy małej bez i z kontrastem	600,00
24.	Angio TK aorty brzusznej	720,00
25.	Angio TK 2 okolic: aorty brzusznej i piersiowej	1 050,00
26.	Angio TK 2 okolic: aorty brzusznej i tętnic kończyn dolnych	1 050,00
27.	Angio TK tętnic nerkowych	720,00
28.	Angio TK kończyn dolnych/górnych	800,00
29.	TK kości miednicy bez kontrastu	380,00
30.	TK miednicy bez i z kontrastem	610,00
31.	TK kręgosłupa szyjnego bez kontrastu	350,00
32.	TK kręgosłupa szyjnego bez i z kontrastem	610,00
33.	TK kręgosłupa piersiowego bez kontrastu	350,00
34.	TK kręgosłupa piersiowego bez i z kontrastem	610,00
35.	TK kręgosłupa lędźwiowego bez kontrastu	350,00
36.	TK kręgosłupa lędźwiowego bez i z kontrastem	610,00
37.	TK nadnerczy bez kontrastu	400,00
38.	TK nadnerczy bez i z kontrastem	650,00
39.	TK 2 okolic: brzucha z miednicą małą bez kontrastu	550,00
40.	TK 2 okolic: brzucha z miednicą małą bez i z kontrastem	850,00
41.	TK 2 okolic: klatka piersiowa i jama brzuszna bez kontrastu	550,00
42.	TK 2 okolic: klatka piersiowa i jama brzuszna bez i z kontrastem	850,00
43.	TK 3 okolic: klatka piersiowa, jama brzuszna miednica bez kontrastu	700,00
44.	TK 3 okolic: klatka piersiowa, jama brzuszna i miednica bez kontrastu i z kontrastem	900,00
45.	TK 4 okolic: szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna i miednica bez kontrastu	750,00
46.	TK 4 okolic: szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna i miednica bez kontrastu i z kontrastem	1 000,00
47.	TK stawu bez kontrastu	350,00
48.	TK stawu bez kontrastu i z kontrastem	610,00

## REZONANS MAGNETYCZNY

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1.	MR głowy bez kontrastu	550,00
2.	MR głowy bez kontrastu i z kontrastem	950,00
3.	Angio MR naczyń śródczaszkowych bez kontrastu	580,00
4.	MR przysadki mózgowej bez kontrastu i z kontrastem	990,00
5.	MR oczodołów bez kontrastu	700,00
6.	MR oczodołów bez kontrastu i z kontrastem	1 150,00
7.	MR kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu	530,00
8.	MR kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu i z kontrastem	950,00
9.	MR kręgosłupa na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu	530,00
10.	MR kręgosłupa na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu i z kontrastem	950,00
11.	MR kręgosłupa na poziomie odcinka lędźwiowego bez kontrastu	530,00
12.	MR kręgosłupa na poziomie odcinka lędźwiowego bez kontrastu i z kontrastem	950,00
13.	MR 2 okolic: mózgu i pnia mózgu oraz kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu	850,00
14.	MR 2 okolic: mózgu i pnia mózgu oraz kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu i z kontrastem	1 150,00
15.	MR 2 okolic: kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu	850,00
16.	MR 2 okolic: kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu i z kontrastem	1 200,00
17.	MR 2 okolic: kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego i lędźwiowego bez kontrastu	850,00
18.	MR 2 okolic: kręgosłupa na poziomie odcinka szyjnego i lędźwiowego bez kontrastu i z kontrastem	1 200,00
19.	MR 2 okolic: kręgosłupa na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu	850,00
20.	MR 2 okolic: kręgosłupa na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu i z kontrastem	1 200,00
21.	MR jamy brzusznej bez kontrastu	750,00
22.	MR jamy brzusznej bez kontrastu i z kontrastem	1 150,00
23.	MR gruczołu krokowego bez kontrastu	1 000,00
24.	MR gruczołu krokowego bez kontrastu i z kontrastem	1 250,00
25.	MR odbytnicy bez kontrastu	750,00
26.	MR odbytnicy bez kontrastu i z kontrastem	1 150,00
27.	MR miednicy bez kontrastu	750,00
28.	MR miednicy bez kontrastu i z kontrastem	1 150,00
29.	MR barku bez kontrastu	700,00
30.	MR barku bez kontrastu i z kontrastem	1 150,00
31.	MR kolana bez kontrastu	700,00
32.	MR kolana bez kontrastu i z kontrastem	1 150,00
33.	MR kończyny górnej bez kontrastu	700,00
34.	MR kończyny górnej bez kontrastu i z kontrastem	1 150,00

35.	MR kończyny dolnej bez kontrastu	750,00
36.	MR kończyny dolnej bez kontrastu i z kontrastem	1 150,00

<b>MAMMOGRAFIA</b>		
<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Cena netto**</b>
1.	Biopsja mammotoniczna	2 100,00
2.	Mammografia jednej piersi	75,00
3.	Mammografia obu piersi	130,00

<b>DENSYTOMETRIA</b>		
<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Cena netto**</b>
1.	DXA szyjki kości udowej	65,00
2.	DXA kręgosłupa	65,00
3.	DXA przedramienia	65,00
4.	DXA dwóch obszarów	110,00
5.	DXA całego ciała	130,00

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

<b>L.p.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Cena netto**</b>
<b>I.</b>	<b>HEMATOLOGIA</b>	
1	Morfologia krwi z rozdziałem leukocytów	36,00
2	Płytki krwi	36,00
3	Korekcja liczby płytek krwi(EDTA+ cytrynian sodu)	36,00
4	OB	15,00
<b>II.</b>	<b>KOAGULOLOGIA</b>	
1	Antytrombina III	40,00
2	APTT - czas kaolinowo-kefalinowy	20,00
3	D-dimery	35,00
4	Fibrynogen	25,00
5	INR	20,00
6	Białko S	80,00
7	Białko C	80,00
8	Czynnik VIII	80,00
9	Test korekcji APTT	70,00
<b>III.</b>	<b>ANALITYKA OGÓLNA</b>	
1	Kał-krew utajona	30,00
2	Kał-pasożyty (jedno oznaczenie)	25,00
3	Kał-test na obecność antygenu lamblii	50,00
4	Mocz-badanie ogólne z oceną mikroskopową osadu	28,00
5	Glukoza w moczu	15,00

6	Białko w moczu	25,00
7	Mikroalbuminuria	35,00
8	Mocz-dobowe wydalanie: mocznika, kreatyniny, kwasu moczowego, sodu, potasu, chlorków, wapnia, magnezu, fosforanu nieorganicznego. Każde badanie wg cennika szczegółowego (patrz: chemia kliniczna)	
9	Amylaza w moczu	15,00
10	Wymaz z odbytu na obecność owsików	30,00
11	Helikobacter pylori w kale	70,00
<b>IV.</b>	<b>CHEMIA KLINICZNA</b>	
1	Albumina	15,00
2	ALT - Aminotransferaza alaninowa	15,00
3	AST - Aminotransferaza asparaginianowa	15,00
4	Amylaza	15,00
5	Białko całkowite	15,00
6	Bilirubina bezpośrednia (związana)	20,00
7	Bilirubina całkowita	15,00
8	Bilirubina pośrednia (wolna)	15,00
9	CRP w surowicy	30,00
10	Cholesterol całkowity	15,00
11	Cholesterol LDL (met. bezpośrednią)	25,00
12	Cholesterol HDL	15,00
13	LDH – Dehydrogenaza mleczanowa	15,00
14	ALP - Fosfataza zasadowa	15,00
15	Fosforany nieorganiczne	15,00
16	GGTP -Gammaglutamylotranspeptydaza	15,00
17	Gazometria (RKZ)	45,00
18	Glukoza	15,00
19	<b>Doustne testy tolerancji glukozy</b>	
20	OGTT (2pkt):doustny test tolerancji glukozy ( 75 g)	30,00
21	OGTT(3pkt): doustny test tolerancji glukozy ( 75 g)	45,00
22	Immunofiksacja	165,00
23	CK - Kinaza fosfokreatynowa	20,00
24	CK-MB Mass	35,00
25	Kreatynina + GFR	15,00
26	Kwas moczowy	15,00
27	Lipidogram (CHOL, HDL, TG, LDL i nie – HDL - wyliczane)	45,00
28	Magnez	15,00
29	Mocznik	15,00
30	Osmolalność moczu	25,00
31	Osmolalność surowicy	25,00
32	Proteinogram	70,00
33	Potas- surowica	15,00
34	Potas – krew włośniczkowa	45,00
35	Trójglicerydy	15,00
36	Wapń całkowity	15,00
37	Wapń zjonizowany	45,00
38	Żelazo	15,00
39	Sód - surowica	15,00
40	Sód – krew włośniczkowa	45,00
41	Chlorki- surowica	15,00
42	Chlorki krew włośniczkowa	45,00
43	Troponina T wysokiej czułości	40,00
44	Prokalcytonina	60,00
45	NT proBNP	80,00
46	Homocysteina	60,00

47	Kwasy żółciowe	55,00
48	Fruktozamina	35,00
49	Amoniak	40,00
50	Interleukina-6	80,00
51	Lipaza	20,00
<b>V.</b>	<b>DIAGNOSTYKA CHOROÓB TARCZYCY</b>	
1	FT3 – wolna trójiodotyronina	25,00
2	FT4 – wolna tyroksyna	25,00
3	TSH 3 - hormon tyreotropowy	25,00
4	Anty-TG- Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	50,00
5	Anty-TPO - Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	50,00
<b>VI.</b>	<b>HORMONY PŁCIOWE</b>	
1	Estradiol	30,00
2	FSH – Hormon folikulotropowy	30,00
3	Beta-HCG	40,00
4	LH – Hormon luteinizujący	30,00
5	Prolaktyna	35,00
6	Progesteron	35,00
7	Prolaktyna – test z metoklopramidem -na zlecenie lekarza	70,00
8	Testosteron	35,00
<b>VII.</b>	<b>HORMONY I METABOLITY</b>	
1	DHEA-S- Siarczan dehydroepiandrosteronu	50,00
2	Kortyzol w surowicy	40,00
3	Witamina D3	65,00
<b>VIII.</b>	<b>POZOSTAŁE HORMONY</b>	
1	PTH - Parathormon	45,00
2	ACTH	45,00
<b>IX.</b>	<b>DIAGNOSTYKA NIEDOKRWISTOŚCI</b>	
1	Ferrytyna	40,00
2	Witamina B12	30,00
3	Transferyna	35,00
4	TIBC- całkowita zdolność wiązania żelaza	25,00
5	UIBC – utajona zdolność wiązania żelaza	20,00
6	Wysycenie transferyny	65,00
7	Kwas foliowy	40,00
<b>X.</b>	<b>MARKERY NOWOTWOROWE</b>	
1	AFP – alfa-fetoproteina	35,00
2	Antygen CA-125	35,00
3	Antygen CA - 15-3	35,00
4	Antygen CA - 19-9	35,00
5	HE4	100,00
6	ROMA (Ca - 125+HE4)	135,00
7	CEA – Antygen karcynoembrionalny	35,00
8	PSA-Antygen swoisty dla stercza (całkowity)	35,00
9	Index PSA-wolne/PSA-całkowite	90,00
10	Kalprotektyna w kale	140,00
<b>XI.</b>	<b>MONITOROWANIE LEKÓW</b>	
1	Karbamazepina	65,00
2	Kwas walproinowy	75,00
3	Wankomycyna	65,00
4	Salicylany	75,00
5	Paracetamol	50,00
<b>XII.</b>	<b>DIAGNOSTYKA CHOROÓB ALERGICZNYCH</b>	
1	IgE - całkowite	35,00



2	Panel pediatriczny 27 alergenów	170,00
3	Panel pokarmowy 20 alergenów	170,00
4	Panel wziewny 20 alergenów	170,00
<b>XIII.</b>	<b>BIAŁKA SPECYFICZNE</b>	
1	RF-Czynnik reumatoidalny	25,00
2	ASO –Antystreptolizyna O	40,00
3	Immunoglobina A	35,00
4	Immunoglobina G	35,00
5	Immunoglobina M	35,00
6	Łańcuchy lekkie KAPPA w surowicy	40,00
7	Łańcuchy lekkie LAMBDA w surowicy	40,00
8	Łańcuchy wolne lekkie KAPPA w surowicy	90,00
9	Łańcuchy wolne lekkie LAMBDA w surowicy	90,00
<b>XIV.</b>	<b>BADANIE NASIENIA wg WYTYCZNYCH WHO 2010</b>	
1	Badanie podstawowe nasienia z oceną żywotności i morfologią plemników	400,00
<b>XV.</b>	<b>DIAGNOSTYKA CUKRZYCY</b>	
1	HbA1c - Hemoglobina glikowana	30,00
2	Insulina	45,00
3	C-peptyd	45,00
<b>XVI.</b>	<b>DIAGNOSTYKA CHOROÓB ZAKAŻNYCH</b>	
1	Antygen SARS-CoV-2 i Wirus Grypy A i B	70,00
2	p/ciała anty-SARS-CoV-2 (anty-N)	100,00
3	p/ciała anty-SARS-CoV-2 (anty-S)	100,00
4	Wirus SARS-CoV-2 oraz Grypy A i B metodą Real Time RT-PCR	450,00
5	Wirus Grypy A i B oraz RSV metodą Real Time RT-PCR	450,00
6	Wirus SARS-CoV-2 metodą Real Time RT-PCR	300,00
7	Wydruk wyniku z poz. 1,4,5 w języku obcym	100,00
8	Panel Respiratory	800,00
9	Panel Pneumonia	1000,00
10	Panel Gastrointestinal	900,00
11	Panel Meningitis-Encephalitis	1 000,00
12	Panel Blood Culture Identification	900,00
13	HBs- antygen WZW typu B	25,00
14	HBs- antygen – Test potwierdzający dodatniego HBs Ag	50,00
15	Przeciwciała anty- HBs	30,00
16	HIV - Ag p24/Ab HIV1/HIV2	35,00
17	p/ciała anty - HCV	35,00
18	CMV(Wirus cytomegalii) – p/ciała IgM	50,00
19	CMV( Wirus cytomegalii) – p/ciała IgG	50,00
20	Toxoplazma gondii – p/ciała IgM	40,00
21	Toxoplazma gondii – p/ciała IgG	40,00
22	p/ciała przeciwko krętkowi blademu(kiła)	40,00
23	Borrelia burgdorferi p/ciało IgG	45,00
24	Borrelia burgdorferi p/ciało IgM	45,00
25	Borrelia burgdorferi p/ciało IgG Western Blot	120,00
26	Borrelia burgdorferi p/ciało IgM Western Blot	120,00
27	HCV – Test potwierdzenia	180,00
28	HIV - Test potwierdzenia	180,00
29	EBV IgG	35,00
30	EBV IgM	35,00
<b>XVII.</b>	<b>BADANIA TOKSYKOLOGICZNE</b>	

1	Alkohol etylowy	60,00
2	COHb - Hemoglobina tlenkowąglowa	45,00
3	MetHb - Methemoglobina	45,00
4	Panel narkotyki w moczu	120,00
5	Panel dopalacze w moczu	190,00
<b>XVIII.</b>	<b>AUTOIMMUNOLOGIA</b>	
1	ANA test przeglądowy	60,00
2	ANA test potwierdzenia (16 antygenów)	130,00
3	p/c przeciw kardiolipinowe IgG (antyfosfolipidowe)	65,00
4	p/c przeciw kardiolipinowe IgM (antyfosfolipidowe)	65,00
5	p/c przeciw beta2 glikoproteinie –1 IgG	65,00
6	p/c przeciw beta2 glikoproteinie –1 IgM	70,00
7	p/c przeciw MPR (pANCA)	70,00
8	p/c przeciw PR3 (cANCA)	70,00
9	p/c przeciw cytrulinowe (anty-CCP)	65,00
10	p/c przeciw receptorom TSH (TRAb)	85,00
11	p/c przeciw transglutaminazie tkankowej IgA	120,00
12	p/c przeciw transglutaminazie tkankowej IgG	120,00
<b>XIX.</b>	<b>SEROLOGIA GRUP KRWI</b>	
1	Badanie przeglądowe przeciwciał	40,00
2	Grupa krwi w układzie ABO i RhD z badaniem przeglądowym przeciwciał	50,00
3	Bezpośredni test antyglobulinowy (BTA)	35,00
4	Krewkarta (dwukrotne oznaczenie grupy krwi + wydruk Krewkarty)	100,00
5	Wydruk Krewkarty	15,00
<b>XX.</b>	<b>BADANIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE</b>	
1	Albumina w PMR	35,00
2	Badanie ogólne PMR	100,00
3	Białko oligoklonalne w PMR	300,00
4	Mikroskopowa ocena preparatu z PMR	100,00
5	Badanie ogólne płynu stawowego	110,00
6	Badanie płynu z jam ciała – płyn otrzewnowy	130,00
7	Badanie płynu z jam ciała – płyn z jamy opłucnej	160,00
8	Badanie płynu z jam ciała -płyn osierdziowy	160,00
9	Beta-amyloid	450,00
10	Białko Tau całkowite	450,00
11	Białko Tau fosforylowane	450,00
12	Mielogram (badanie nie wykonywane dla klientów indywidualnych)	250,00
13	Grupa krwi w układzie ABO i RhD u noworodka	45,00
14	Kwalifikacja do badania immunoglobuliny anty-D	80,00
15	Próba zgodności serologicznej z pierwszą jednostką krwi	35,00
16	Próba zgodności serologicznej z kolejną jednostką krwi	30,00
17	Próba zgodności serologicznej dla noworodka	75,00
<b>XXI.</b>	<b>MIKROBIOLOGIA</b>	
1	Wymaz z gardła	60,00
2	Wymaz z nosa	60,00
3	Wymaz z oka	60,00
4	Wymaz z ucha	60,00
5	Wymaz z cewki moczowej	60,00
6	Wymaz kanału szyjki macicy	60,00
7	Wymaz z pochwy	60,00
8	Wymaz z prącia	60,00
9	Wymaz z rany	80,00
10	Wymaz ze zmian skórnych	80,00

11	Posiew - mocz	60,00	
12	Posiew nasienie	60,00	
13	Posiew - plwocina	60,00	
14	Posiew – płyn opłucnowy	60,00	
15	Posiew – płyn otrzewnowy	60,00	
16	Posiew - PMR	60,00	
17	Posiew - krew	100,00	
18	Posiew – kał u dorosłych	120,00	
19	Posiew – kał u dzieci do 2 lat	120,00	
20	Posiew – kał SS	150,00	
21	Posiew – w kierunku Yersinia i Campylobacter	150,00	
22	Posiew – końcówka wkłucia centralnego/cewnika	60,00	
23	Antybiogram – posiew tlenowy	100,00	
24	Antybiogram – posiew beztlenowy	200,00	
25	Posiew materiału w kierunku grzybów patogennych	80,00	
26	Badanie w kierunku dermatofitów	220,00	
27	Test lateksowy w PMR	150,00	
28	Mykogram	110,00	
29	Biocenoza pochwy	60,00	
30	GBS	150,00	
31	Clostridium Difficile GDH+TOX	230,00	
32	Kał/Rota/Adenowirus test	100,00	
33	Norovirus w kale	150,00	
34	Nużeniec	120,00	
35	Sporal	50,00	
36	Wymaz z gardła kolonizacja MSSA/MRSA	60,00	
37	Wymaz z nosa kolonizacja MSSA/MRSA	60,00	
38	Wymaz z odbytu kolonizacja MSSA/MRSA	100,00	
39	Wymaz lub odcisk	90,00	
40	Wymaz z pochwy na obecność plemników	130,00	
41	Wymaz z odbytu na obecność plemników	130,00	
42	Wymaz z jamy ustnej na obecność plemników	130,00	
43	Wymaz z odbytu – kolonizacja patogenami alarmowymi	150,00	
<b>XXII.</b>	<b>NOWOCZESNA DIAGNOSTYKA MIKROFLORY JELIT, POCHWY ORAZ ALERGII</b>		
1	Imu Pro Compete	2 190,00	
2	Imu Pro Basic	1 150,00	
3	Imu Pro Vegetarian	1 200,00	
4	Kyber Kompact	490,00	
5	Kyber Kompact PRO	740,00	
6	Pasożyty (met.immunoenzymatyczna)	170,00	
7	Vagistatus Complete	1 100,00	
8	SigA	170,00	
9	Zonulina	299,00	
10	Laktoferyna	170,00	
11	Dopłata za przygotowanie i wysyłkę próbki do badań	24,39 cena netto	30,00 cena brutto
<b>XXIII.</b>	<b>INNE</b>		
1	Dopłata do badań CITO		30% ceny

Istnieje możliwość negocjacji ceny zgodnie z wewnętrzną polityką cenową Szpitala.

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**	Cena brutto (cena netto + Vat)
1	Badanie histopatologiczne wycinków ( pobranie wycinków wg standardów określonych przez PTP) – za jeden bloczek parafinowy.	45,00	ZW
2	Badanie cytologiczne płynów ustrojowych ( z wyjątkiem moczu)	45,00	ZW
3	Badanie cytologiczne moczu	60,00	ZW
4	Badanie cytologiczne aspiratów cienkoigłowych – z jednego miejsca pobrania (jednej lokalizacji) zmiany do 3 preparatów	42,00	ZW
	Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z dwóch miejsc pobrania – do 5 preparatów	63,00	ZW
	Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z trzech miejsc pobrania – do 7 preparatów	85,00	ZW
	Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z czterech miejsc pobrania – do 8 preparatów	110,00	ZW
	Za każdy następny preparat z tej samej zmiany	15,00	ZW
5	Biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG – ocena preparatów wykonanych w M.Sz.S. Sp. z o.o.	65,00	ZW
6	Ocena preparatów z powtórnej biopsji cienkoigłowej tarczycy pod kontrolą USG wykonanych w M.Sz.S. Sp. z o.o.	45,00	ZW
7	Badanie histochemiczne	27,00	ZW
8	Badanie cytologiczne rozmazów ginekologicznych – za jeden rozmaz zawierający materiał z tarczy i szyjki macicy (bez pobrania materiału)	18,00	ZW
9	Badanie cytologiczne rozmazów ginekologicznych – za jeden rozmaz zawierający materiał z tarczy i szyjki macicy wraz z dostarczeniem szczoteczki i szkiełek mikroskopowych	19,00	ZW
10	Bad. cytologiczne rozmazów ginekologicznych - z pobraniem materiału w tym: pobranie materiału - 15,00 (Por.Gin.) badanie - 18,00 (Z-d Patomorfologii )	33,00	ZW
11	Badanie śródoperacyjne	80,00	ZW
12	Dodatkowe badania immunohistochemiczne niezbędne do postawienia rozpoznania	65,00 za odczyn	ZW
13	Badanie immunohistochemiczne na obecność H. pylori	50,00	ZW
14	Oznaczenie receptora HER 2 metodą immunohistochemiczną	80,00	ZW
15	Oznaczenie receptora HER 2 metodą CISH/FISH	400,00	ZW
16	Badanie p 16 metodą immunohistochemiczną	100,00	ZW
17	Badanie PD-L1 metodą immunohistochemiczną	350,00	ZW
18	Anatomopatologiczna sekcja zwłok	528,45	650,00
19	Przechowywanie zwłok pacjentów zmarłych poza szpitalem	100,00 za dobę	123,00
20	Badanie cytologii ginekologicznej na podłożu płynnym ze szczoteczka i pojemnikiem na badanie - LBC	50,00	ZW
21	Konsultacja preparatów – przypadek, bez badań dodatkowych	150,00	ZW
22	Pakiet 1: LBC + test 14 HR HPV 3 grupy	150,00	ZW
23	Pakiet 3: LBC + test 12 HR HPV + 2 LR HPV	155,00	ZW

24	Pakiet 7: LBC + 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium	190,00	ZW
25	Pakiet: LBC + Test LR HPV: 6 i 11	125,00	ZW
26	Badanie CINtecPlus – p16+ki67	250,00	ZW
<b>Testy molekularne na podłożu płynnym</b>			
1	Test 14 HR HPV 3 grupy	135,00	ZW
2	Test 12 HR HPV + 2 LR HPV	140,00	ZW
3	Pakiet potrójny – 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium	175,00	ZW
4	Test HPV LR: 6 i 11	110,00	ZW
<b>Testy wykonane dodatkowo po wcześniejszym badaniu cytologii ginekologicznej na podłożu płynnym LBC</b>			
1	Test 14 HR HPV 3 grupy	110,00	ZW
2	Test 12 HR HPV + 2 LR HPV	125,00	ZW
3	Pakiet potrójny – 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium	150,00	ZW
4	Test LR: 6 i 11	95,00	ZW
<b>INNE</b>			
1	Opakowanie i wydanie zabezpieczonego materiału ginekologicznego do badania genetycznego w innej placówce	24,39	30,00

**4. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE  
PRZEZ PRACOWNIĘ KARDIOLOGII NIEINWAZYJNEJ I TELEMEDYCyny ORAZ  
KLINICZNY ODDZIAŁ KARDIOLOGII  
Tel. 361-31-12**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Badanie USG serca dorosłych	180,00
2	Badanie monitorowanie EKG – 3 odprowadzenia - 24 h	150,00
	- 48 h	250,00
	- 72 h	350,00
3	Badanie 24 monitorowanie EKG -12 odprowadzeń	150,00
4	Badanie 24h monitorowanie ciśnienia metodą Holtera	150,00
5	Kardiologiczne testy wysiłkowe wykonywane na bieżni	150,00
6	Badanie EKG spoczynkowe – 12 odprowadzeń	30,00
7	Badanie EKG spoczynkowe z opisem – 12 odprowadzeń	50,00

**5. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE  
PRZEZ PORADNIĘ KARDIOLOGICZNĄ DLA DZIECI  
Tel. 361-34-25**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Badanie USG serca dzieci	200,00
2	Badanie 24h monitorowanie EKG metodą Holtera	150,00
3	Badanie 24h monitorowanie ciśnienia metodą Holtera	150,00
4	Badanie EKG spoczynkowe – 12 odprowadzeń	30,00
5	Badanie EKG spoczynkowe z opisem – 12 odprowadzeń	50,00

**6. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE  
PRZEZ PRACOWNIĘ AUDIOLOGICZNĄ  
Tel. 361-35-95**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	ABR diagnostyczne	100,00
2	ABR progi	150,00
3	Akumetria	35,00
4	Audiogram tonalny u dorosłych	50,00
5	Audiogram tonalny u dzieci	70,00
6	VNG	250,00
7	Otoemisja	50,00
8	Próba Fowlera	35,00
9	Próba Lüschera	35,00
10	Próba SISI	40,00
11	Próba Stenversa	35,00
12	Test czynności trąbek słuchowych	40,00
13	Test Decay	35,00
14	Tympanogram + odruchy strzemiączkowe	50,00

**7. 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	Badanie bronchoskopowe diagnostyczne (koszty badania pobranego materiału płatne osobno wg cennika szczegółowego)	500,00
2	Przezoskrzelowa biopsja śródpiersia lub płuc pod kontrolą USG - EBUS (koszty badania pobranego materiału płatne osobno wg cennika szczegółowego)	3000,00
3	Spirometria zwykła z oceną	80,00
4	Spirometria z próbą rozkurczową lub prowokacyjną	100,00
5	6 minutowy Test chodu (wysiłkowy)	100,00
6	Pulsoksymetr. 1 min.	8,00
7	Dyfuzja CO (DLCO)	110,00
8	Pletyzmografia	170,00

**8. USŁUGI MEDYCZNE Z ZAKRESU OKULISTYKI  
Tel. 361-48-45**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**	
		jedno oko	dwoje oczu
<b>I. BADANIA DIAGNOSTYCZNE</b>			
1	Autorefraktometria	-	15,00
2	Autorefraktokeratometria	-	20,00
3	Badanie dna oka z obwodem (Panfundoskopia) z opisem	45,00	100,00
4	Komputerowe badanie pola widzenia	45,00	90,00
5	Pobranie materiału z worka spojówkowego na badanie bakteriologiczne	20,00	40,00
6	Gonioskopia z opisem	40,00	80,00
TONOMETRIA:			
7	· Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem aplanacyjnym	-	20,00
	· Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego metodą bezkontaktową	-	15,00
8	Angiografia fluoresceinowa	-	260,00
9	OCT – tomografia siatkówki i plamki lub tarcz	70,00	140,00
10	Pachymetria na aparacie OCT REVO	30,00	40,00
<b>II. DROBNE ZABIEGI</b>			
1	Opatrunek oka	35,00	
2	Usunięcie szwów powiekowych	100,00	
3	Usunięcie szwów spojówkowych	100,00	
4	Usunięcie szwów rogówkowo-twardówkowych	100,00	
5	Sprawdzanie drożności dróg łzowych i ich płukanie	300,00	
6	Płukanie worka spojówkowego przy oparzeniu chemicznym	50,00	
7	Gradówka	500,00	
8	Iniekcja pod spojówkowa bez leku	50,00	
9	Iniekcja pozagałkowa bez leku	60,00	
10	Iniekcja doszkliskowa Lucentis, Eylea	1 200,00	
11	Usunięcie zmian skórnych powiekowych niezłośliwych	300,00	
12	Kempki żółte	500,00	
13	Krioterapia – ciało rzęskowe	300,00	
14	Krioterapia - naczyniówka	300,00	
15	Nacięcie powiek – ewakuacja, sączkowanie krwiaka lub ropnia - zaopatrzenie	300,00	
16	Skrzydlik – usunięcie	1 600,00	
17	Szycie powieki	300,00	
18	Szycie rany rogówki lub twardówki	1 900,00	
19	Szycie spojówki	200,00	
20	Usunięcie ciała obcego z rogówki	150,00	
21	Usunięcie ciała obcego z worka spojówkowego	100,00	
<b>III. ZABIEGI LASEROWE</b>			
1	Laseroterapia przeciw jaskrowa (gonioplastyka, trabekuloplastyka, iridektomia)	300,00	
2	Laseroterapia ogniskowa siatkówki – jeden zabieg	300,00	
3	Panfotokoagulacja – jedna sesja	300,00	
4	Przecięcie torby tylnej soczewki (kapsulotomia laserowa)	300,00	
5	Konsultacja lekarska w przypadku dyskwalifikacji do zabiegu laserowego		150,00

**9. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE  
PRZEZ PRACOWNIĘ ENDOSKOPII  
Tel. 361-33-97**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
<b>I. GASTROSKOPIA</b>		
1	Gastroskopia diagnostyczna	420,00
2	Gastroskopia z testem ureazowym	460,00
3	Gastroskopia z biopsją ( w tym jedno badanie histopatologiczne)	520,00
4	Gastroskopia z biopsją ( w tym dwa badania histopatologiczne)	580,00

5	Gastroskopia z hemostazą endoskopową	700,00
<b>II.</b>	<b>REKTOSKOPIA</b>	
1	Rektoskopia	320,00
2	Rektoskopia z biopsją (w tym badanie histopatologiczne)	400,00
3	Rektoskopia z polipektomią (w tym badanie histopatologiczne)	720,00
<b>III.</b>	<b>FIBEROSIGMOIDOSKOPIA</b>	
1	Fiberosigmoidoskopia	350,00
2	Fiberosigmoidoskopia z biopsją (w tym badanie histopatologiczne)	460,00
3	Fiberosigmoidoskopia z polipektomią (w tym badanie histopatologiczne)	760,00
<b>IV.</b>	<b>KOLONOSKOPIA</b>	
1	Kolonoskopia	620,00
2	Kolonoskopia z biopsją (w tym jedno badanie histopatologiczne)	750,00
3	Kolonoskopia z biopsją (w tym dwa badania histopatologiczne)	820,00
4	Kolonoskopia z polipektomią – jeden polip (w tym badanie histopatologiczne)	1 200,00
5	Kolonoskopia z polipektomią mnogą (dodatkowa opłata za badania histopatologiczne w zależności od ilości badań)	1 450,00

**10. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE  
PRZEZ KLINICZNY ODDZIAŁ ANETEZJOLOGII, INTENSYWNEJ TERAPII I LECZENIA  
BÓLU**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (do 2 godzin)	1 550,00
2	Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (od 2 do 4 godzin)	2 500,00
3	Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (powyżej 4 godzin) z wyłączeniem zabiegów kardiochirurgicznych	3 000,00
4	Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (powyżej 4 godzin) zabiegi z zakresu kardiochirurgii	6 650,00
5	Znieczulenie całkowite dożylnie (do 30 minut)	400,00
6	Znieczulenie całkowite dożylnie (od 30 do 60 minut)	600,00
7	Znieczulenie podpajęczynówkowe (do 2 godzin)	1 200,00
8	Znieczulenie podpajęczynówkowe (powyżej 2 godzin)	1 400,00
9	Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe (do 4 godzin) + znieczulenie ogólne	3 000,00
10	Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe – poród	2 400,00
11	Znieczulenie splotów lub nerwów obwodowych (do 2 godzin)	1 100,00
12	Znieczulenie splotów lub nerwów obwodowych (powyżej 2 godzin)	1 450,00
13	Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) – zabiegi z zakresu okulistyki	300,00
14	Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) – rezonans magnetyczny	850,00
15	Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) – tomografia komputerowa	450,00
16	Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) – hemodynamika	900,00
17	Założenie cewnika do żyły centralnej	800,00
18	Założenie cewnika czasowego do dializy	1 050,00

**11. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PRACOWNIĘ NEUROFIZJOLOGII (EEG)  
Tel. 361-32-25**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Badanie EEG w czuwaniu	220,00
2	Badanie EEG we śnie	280,00



**12. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PRACOWNIĘ EMG**  
Tel. 361-32-37

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Przewodnictwo czuciowe – badanie jednego nerwu	130,00
2	Przewodnictwo ruchowe z falą F dla jednego nerwu	150,00
3	Przewodnictwo ruchowe bez fali F dla jednego nerwu	120,00
4	Badanie przewodnictwo czuciowe lub ruchowe w jednym nerwie obwodową metodą „krótkich segmentów” („iching”)	160,00
5	Badanie czynności elektrofizjologicznej mięśnia	220,00
6	Próba miasteniczna	220,00
7	Próba tężyczkowa	200,00

**13. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PORADNIĘ GINEKOLOGICZNĄ,  
KLINICZNY ODDZIAŁ POŁOŻNICTWA, GINEKOLOGII I GINEKOLOGII  
ONKOLOGICZNEJ, PORADNIĘ LAKTACYJNĄ**  
Tel. 361-31-76, 361-32-84, 361-48-93

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	KTG bez analizy	60,00
2	USG ciąży	160,00
3	USG macicy	160,00
4	Kolposkopia	350,00
5	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – pierwszorazowa	70,00
6	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – kolejna	60,00
7	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących poza Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – pierwszorazowa	100,00
8	Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących poza Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – kolejna	80,00
9	Pobranie materiału do badań cytologicznych / mikrobiologicznych	15,00
10	Zajęcia w Szkole Rodzenia – cykl 6 spotkań (w zajęciach wraz z ciężarną może uczestniczyć jedna osoba towarzysząca)	100,00

**14. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PORADNIĘ CHIRURGII OGÓLNEJ**  
Tel. 361-37-73, 361-33-81

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Porada zabiegowa (dodatkowe badania płatne odrębnie zgodnie z cennikiem)	250,00
2	Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej	60,00

**15. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PORADNIĘ CHIRURGII  
ONKOLOGICZNEJ**  
Tel. 361-37-74, 361-30-24

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Porada zabiegowa (dodatkowe badania płatne odrębnie zgodnie z cennikiem)	250,00

2	Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej	60,00
---	--	-------

**16. USŁUGI MEDYCZNE ŚWIADCZONE PRZEZ PORADNIĘ CHIRURGII URAZOWO –  
ORTOPEDYCZNĄ  
Tel. 361-35-91**

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Podanie osocza bogatopłytkowego (PRP)	400,00
2	Podanie osocza bogatopłytkowego (PRP) z kwasem hialuronowym	800,00

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

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**
1	Galwanizacja	9,00
2	Ćwiczenia bierne	30,00
3	Ćwiczenia czynne	20,00
4	Ćwiczenia czynno-bierne i wspomagające	25,00
5	Ćwiczenia kikuta	15,00
6	Ćwiczenia ogólnie usprawniające i inne	20,00
7	Ćwiczenia specjalne np: metody neurofizjologiczne	50,00
8	Elektrostymulacja	9,00
9	Elektrostymulacja punktowa (n. twarzowy)	15,00
10	Jonoforeza	9,00
11	Krioterapia	15,00
12	Laser	9,00
13	Laser punktowy	12,00
14	Magnetoterapia	9,00
15	Masaż limfatyczny	40,00
16	Mobilizacja i manipulacja	40,00
17	Nauka posługiwania się protezą	20,00
18	Okład parafango	15,00
19	Pionizacja i nauka poruszania się	20,00
20	Pole elektromagnetyczne (Terapuls)	9,00
21	Prądy diadynamiczne	9,00
22	Prądy Kozt'a	9,00
23	Sollux / Bioptron (światłolecznictwo)	9,00
24	TENS	9,00
25	Ultradźwięki	10,00
26	Fonoforeza	10,00
27	Wyciągi	20,00
28	Ćwiczenia rehabilitacyjne w basenie	30,00
29	Masaż podwodny całkowity z masażem ręcznym	35,00
30	Kąpiel perełkowa	25,00
31	Masaż wirowy kończyn górnych	20,00
32	Masaż wirowy kończyn dolnych	20,00
33	Masaż limfatyczny-mechaniczny	20,00
34	Prądy Nemecca	9,00
35	Pole Magnetyczne	9,00
36	Masaż ręczny kończyny górne – 30 min	40,00
37	Masaż ręczny kończyny dolne – 30 min	40,00
38	Masaż ręczny wzdłuż kręgosłupa – 30 min	40,00

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	9,00
43	Krioterapia ogólnoustrojowa – kriokomora	40,00
44	Diagnostyka funkcjonalna i indywidualna kompleksowa terapia	70,00

### 18. INNE USŁUGI

L.p.	Nazwa badania	Cena netto**	Cena brutto (cena netto +Vat)
1	Konsultacja specjalistyczna dla jednostek zewnętrznych (cena konsultacji udzielanej przez specjalistę bez kosztów dojazdu) <i>(Wszelkie badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb konsultacji płatne osobno wg cennika szczegółowego).</i>	350,00	ZW
2	Konsultacja specjalistyczna dla jednostek zewnętrznych z dojazdem na terenie Radomia <i>(Wszelkie badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb konsultacji płatne osobno wg cennika szczegółowego).</i>	450,00	ZW
3	Konsultacja na podstawie przesłanej dokumentacji medycznej z zewnętrznych jednostek	180,00	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) bądź na życzenie pacjenta	50,00	61,50

### 19. SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

Cena procedury wykonywanej w SOR dla pacjentów UE, pacjentów nieubezpieczonych

L.p.	Nazwa usługi medycznej	Cena netto**
1	Porada lekarska w SOR	190,00
2	Konsultacja specjalistyczna w SOR	210,00
3	Opieka pielęgniarska	60,00
4	Pobyt na obserwacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym od 12 godz. do 24 godz. <i>(Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane w SOR oraz za leki płatne osobno wg cennika)</i>	420,00
	Pobyt na obserwacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym za każdą następną dobę. <i>(Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane w SOR oraz za leki płatne osobno wg cennika)</i>	370,00
5	Monitorowanie ciśnienia	8,00
6	Pulsoksymetria	8,00
7	Elektrokardiografia	20,00
8	Tlenoterapia	18,00
9	Cewnikowanie żył /Założenie dostępu dożylnego (venflon)	19,00
10	Cewnikowanie pęcherza moczowego	81,00
11	Farmakoterapia domięśniowa (bez kosztu podanego leku)	16,00
12	Farmakoterapia podskórna ( bez kosztu podanego leku )	16,00
13	Pobranie materiału do badań laboratoryjnych	16,00
14	Wstrzyknięcie / infuzja elektrolitów ( bez kosztu podanego leku )	26,00
15	Aspiracja stawu	69,00
16	Podanie anatoksyny tężcowej	8,00
17	Wlewka doodbytnicza	62,00

18	Płukanie rany	82,00
19	Założenie lub zmiana opatrunku	45,00
20	Tamponada nosa przy krwotoku	81,00
21	Usunięcie ciała obcego z nosa/ucha bez nacięcia	48,00
22	Usunięcie ciała obcego z przedniej części gałki	96,00
23	Zaopatrzenie urazu oka/oczodołu	152,00
24	Usunięcie ciała obcego ze skóry i tkanki podskórnej z nacięciem	29,00
25	Aspiracja krwiaka paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej	116,00
26	Usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia lub obróbka naskórkowego	154,00
27	Inne oczyszczenie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania	91,00
28	Nacięcie zmiany ropnej	140,00
29	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	203,00
30	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długość do 4,00 cm	208,00
31	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, poniżej 4 ran	292,00
32	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	61,00
33	Założenie unieruchomienia gipsowego – Unieruchomienie kończyny dolnej	223,00
34	Założenie unieruchomienia gipsowego – Unieruchomienie kończyny górnej	149,00
35	Założenie innego unieruchomienia gipsowego	199,00
36	Założenie innej szyny unieruchamiającej	106,00

**20. AMBULATORIUM 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	88,00
2	Opieka pielęgniarstwa	15,00
3	Monitorowanie ciśnienia	8,00
4	Elektrokardiografia	20,00
5	Tlenoterapia	18,00
6	Cewnikowanie żył / Założenie dostępu dożylnego	19,00
7	Cewnikowanie pęcherza moczowego	81,00
8	Farmakoterapia domięśniowa ( bez kosztu podanego leku )	16,00
9	Farmakoterapia podskórna (bez kosztu podanego leku )	16,00
10	Wlewka doobytnicza	62,00
11	Wstrzyknięcie / infuzja elektrolitów (bez kosztu podanego leku)	26,00
12	Założenie lub zmiana opatrunku	45,00

**\*\* 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 2022r. , poz. 931 z późn.zm.). Usługi medyczne służące innym celom niż w/w podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

## VI. 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)	40,00	ZW	4,00	ZW
2	Karetka Specjalistyczna (Lekarz, Ratownik Medyczny, Kierowca)	350,00	ZW	4,00	ZW
3	Karetka Podstawowa (Kierowca Ratownik Medyczny, Ratownik Medyczny)	320,00	ZW	4,00	ZW
4	Samochód dostawczy	40,00	23% 49,20	3,50	23% 4,31
5	Samochód osobowy	40,00	8% 43,20	3,50	8% 3,78

1. Przy wynajmie karetek do zabezpieczenia imprez sportowych:  
- karetka asysty medyczne z 2 ratownikami – 320 zł/brutto/ za godzinę+4,00 za km,
2. Przy wynajmie karetki z noszowym do ceny 1 godz. najmu dolicza się 40,00 zł /brutto/.
3. W przypadku transportu sanitarnego poza granice kraju do ceny za 1 km dolicza się 2,00 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 2022r., poz.931 z późn. zmianami ). Usługi transportowe służące przewozowi osób lub innym celom, podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

## VII. CENNIK POZOSTAŁYCH USŁUG

**CENNIK WYNAJMU AULI, SALEK DYDAKTYCZNYCH, BOKSU HANDLOWEGO  
W MAZOWIECKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM SP. Z O.O. przy ul. Juliana  
Aleksandrowicza 5  
Tel. 361-49-07, 361-39-42**

L.p.	Rodzaj usługi	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1	Wynajęcie Auli (do czterech godzin)	280,00 (za każdą godzinę)	344,40 (za każdą godzinę)
2	Wynajęcie Auli ze sprzętem i obsługą multimedialną (do czterech godzin)	320,00 (za każdą godzinę)	393,60 (za każdą godzinę)
3	Wynajęcie Auli na jeden dzień (powyżej czterech godzin)	1 400,00	1 722,00
4	Wynajęcie Auli ze sprzętem i obsługą multimedialną na jeden dzień (powyżej czterech godzin)	1 500,00	1 845,00
5	Wynajęcie sali dla celów komercyjnych do dwóch godz. Za każdą kolejną godz.	150,00 (za godzinę) 80,00	184,50 (za godzinę) 98,40
6	Wynajęcie boksów handlowych Za jeden dzień	178,86 (za jeden dzień)	220,00 (za jeden dzień)

## POZOSTAŁE USŁUGI

L.p.	Rodzaj usługi	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
------	---------------	------------	-------------------------------------

1	Zgubienie breloka – numeru szatniowego	32,52	40,00
2	Opłata za dorobienie klucza	10,57	13,00
3	Opłata za wymianę zamka w szafce	24,39	30,00
4	Opłata za wjazd na parking	opłata wg cennika ustalonego przez dzierżawcę parkingu	
5	Praktyki studenckie i zawodowe – odpłatność indywidualna		
	Stawka za jedną godzinę	2,72	3,35
6	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	1,21	1,49
7	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	1,46	1,80
8	Studenckie praktyki zawodowe dla grup zorganizowanych dla kierunku lekarskiego (Płatnik – Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun zajęć ze strony Szpitala)		
	za jedną godzinę od jednego uczestnika	2,78	3,42
9	Zajęcia praktyczne dla grup zorganizowanych dla kierunku pielęgniarstwo (Płatnik – Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun praktyk ze strony Uczelni)		
	za jedną godzinę stażu dla jednego uczestnika	0,35	0,43
10	Zajęcia praktyczne dla grup zorganizowanych dla kierunku fizjoterapia (Płatnik – Uczelnia na podstawie podpisanej umowy, Opiekun praktyk ze strony Uczelni)		
	za jedną godzinę od jednego uczestnika	0,31	0,38
11	Zajęcia stażowe w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych		
	za jedną godzinę stażu od jednego uczestnika	3,19	3,92
12	Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 3 miesiące (420 godzin)	2 390,93	2 940,84
13	Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 4 miesiące (560 godzin)	3 169,78	3 898,83
14	Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 5 miesięcy (700 godzin)	3 912,47	4 812,34
15	Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej 6 miesięcy (840 godzin)	4 669,76	5 743,81
16	Wypożyczenie łóżka szpitalnego	50,00 (za 1 miesiąc) (wg zarządzenia)	61,50 ( 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**

**I. Osobodni pobytu w Oddziale**

Lp.	Okres pobytu pacjenta w oddziale (doby hotelowe)	Liczba osobodni pobytu	Jednostkowy koszt osobodnia hospitalizacji	Wartość
1	2	3	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
1					
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	3	4	5
1				
2				
3				

**VI. Przeprowadzone konsultacje - usługi obce:**

Lp.	Konsultacje	Ilość wykonań	Koszt jednostkowy	Wartość
1	2	3	4	5
1				
2				
3				

**VII. Koszty transportu:**

Lp.	Transport	Ilość wykonań	Koszt jednostkowy	Wartość
1	2	3	4	5
1				
2				

<b>Razem (I+II+III+IV+V+VI+VII)</b>	
-------------------------------------	--

.....

Czytelny podpis pacjenta

.....

podpis i pieczęć lekarz prowadzącego

Radom, dnia.....

.....

podpis i pieczęć Kierownik oddziału



**UMOWA**  
**na odpłatne świadczenia zdrowotne dla pacjenta nieubezpieczonego**  
**(usługa komercyjna w trybie planowym)**

zawarta w dniu ..... w Radomiu („Umowa”), pomiędzy :

**Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym Sp. z o.o. w Radomiu**, przy ul. Juliana Aleksandrowicza 5, 26-617 Radom, wpisanym do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000490819, NIP: 7962963679, REGON: 670209356, kapitał zakładowy wynoszący 81.800.000,00 zł, zwanym dalej: „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez:

.....**Świadczeniodawcy**,

a

Panem/Panią.....zam. ....,

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

łącznie zwane: „**Stronami**”

**o następującej treści:**

Na podstawie art. 55 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 295) w związku z § 57 Regulaminu Organizacyjnego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego 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:
  - a) został poinformowany o przysługujących mu prawach pacjenta, treści Regulaminu Organizacyjnego obowiązującego u Świadczeniodawcy,
  - b) został pouczone o sposobie przygotowania się do pobytu u Świadczeniodawcy,
  - c) został poinformowany o sposobie przeprowadzenia zabiegu oraz możliwych działaniach niepożądanych,
  - d) 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. a) powyżej.

#### § 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 w wysokości .....zł (słownie:.....) zgodnie z aktualnie obowiązującym Cennikiem Usług-Cennik Opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja - usługi komercyjne.
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 będzie płatne na podstawie faktury gotówką lub karta płatniczą w kasie głównej szpitala, w dniu rozpoczęcia wykonania usługi.
3. Cena określona w ust. 1 dotyczy usługi standardowej (typowej), bez powikłań. Świadczeniodawca zastrzega, a Świadczeniobiorca przyjmuje do wiadomości fakt, że koszt wykonania usługi może być wyższy, jeśli w trakcie jej realizacji wystąpią okoliczności, wymagające zastosowania działań ponadstandardowych, tj.: przedłużonej hospitalizacji, dodatkowej diagnostyki, farmakoterapii lub innych procedur medycznych.
4. W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 3, powodujących wzrost kosztu świadczenia zdrowotnego, po wykonaniu usługi, zostanie wyliczony rzeczywisty koszt udzielonego świadczenia, wg załącznika nr 7 do Regulaminu Organizacyjnego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. - „Rozliczenie kosztów leczenia szpitalnego”, zgodnie z art. 24a Ustawy o działalności leczniczej.
5. Dopłata wynikająca z różnicy pomiędzy ceną określoną w ust. 1, a wyliczonym rzeczywistym kosztem leczenia, o którym mowa w ust. 4 w powiązaniu z ust. 3, zostanie przez Świadczeniobiorcę uregulowana niezwłocznie po wykonaniu usługi, w dniu jej zakończenia, w kasie głównej szpitala. Fakt uiszczenia dopłaty zostanie udokumentowany wystawieniem faktury dla Świadczeniobiorcy.
6. 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:**

**UMOWA**  
**na odpłatne świadczenia zdrowotne dla pacjenta ubezpieczonego**  
**(usługa komercyjna w trybie planowym)**

zawarta w dniu ..... w Radomiu pomiędzy:

**Mazowieckim Szpitalem Specjalistycznym Sp. z o.o.** przy ul. Juliana Aleksandrowicza 5, 26-617 Radom,  
NIP:....., KRS:....., zwanym *Świadczeniodawcą*, reprezentowanym przez  
..... **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 2020 r. poz. 295) w związku z § 57 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. ....
  2. ....
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 którym mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu.

**§ 4.**

Świadczeniodawca zobowiązuje się wykonać usługę, o której mowa w § 1 umowy z należyłą 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: .....)
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 jest płatne na podstawie faktury, gotówką lub kartą płatniczą w kasie głównej szpitala, w dniu rozpoczęcia wykonania usługi.
3. Cena określona w ust. 1 dotyczy usługi standardowej (typowej), bez powikłań. Świadczeniodawca zastrzega, a Świadczeniobiorca przyjmuje do wiadomości fakt, że koszt wykonania usługi może być wyższy, jeśli w trakcie jej realizacji wystąpią okoliczności, wymagające zastosowania działań ponadstandardowych, tj.: przedłużonej hospitalizacji, dodatkowej diagnostyki, farmakoterapii lub innych procedur medycznych.
4. W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 3, powodujących wzrost kosztu świadczenia zdrowotnego, po wykonaniu usługi, zostanie wyliczony rzeczywisty koszt udzielonego świadczenia, wg

- załącznika nr 7 do Regulaminu Organizacyjnego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o.o. – „Rozliczenie kosztów leczenia szpitalnego”, zgodnie z art. 24a Ustawy o działalności leczniczej.
5. Dopłata wynikająca z różnicy pomiędzy ceną określoną w ust. 1, a wyliczonym rzeczywistym kosztem leczenia, o którym mowa w ust. 4 w powiązaniu z ust. 3, zostanie przez Świadczeniobiorcę uregulowana niezwłocznie po wykonaniu usługi, w dniu jej zakończenia, w kasie głównej szpitala. Fakt uiszczenia dopłaty zostanie udokumentowany wystawieniem faktury dla Świadczeniobiorcy.
  6. 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 dentystry, 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**

Lp.	Wyszczególnienie	Cena netto	Cena brutto (cena netto +23%Vat)
1	Przechowanie zwłok pacjentów zmarłych poza szpitalem i przez okres dłuższy niż 72 godziny dla pacjentów po zgonie w tutejszym szpitalu	100,00 za dobę	123,00

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

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

Krzysztof Zając  
Członek Zarządu  
Dyrektor. Ds. Eksploatacyjno-Administracyjnych

Łukasz Skrzeczyński  
Członek Zarządu  
Dyrektor ds. Zarządzania Jakością