



## **MAZOWIECKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY SPÓŁKA Z O.O.**

**z siedzibą: 26-617 Radom**

**ul. Juliana Aleksandrowicza 5**

[www.wss.com.pl](http://www.wss.com.pl)

[szpital@wss.com.pl](mailto:szpital@wss.com.pl)

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie XIV Wydział Gospodarczy KRS 0000490819

Kapitał Zakładowy – 81 800 000,00 zł NIP 7962963679 REGON 670209356

Konto: BANK PKO S.A. Oddział w Radomiu nr: 85 1240 5703 1111 0000 4903 1548



### **CENNIK USŁUG**

### **OBOWIAZUJACY**

**OD 01.01.2022 DO 31.12.2022**

**(Ceny w PLN)**

## Spis treści

|                                                                                                                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. Cennik opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (stanowiący zał. Nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego) .....                                                                                                    | 4  |
| II. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentom bez skierowania i pacjentom nieubezpieczonym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (stanowiący zał. Nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego) ..... | 4  |
| III. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja pacjentów nieubezpieczonych w stanach nagłych (stanowiący zał. Nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego) .....                                                  | 5  |
| IV. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja – usługi komercyjne (stanowiący zał. Nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego) .....                                                                             | 6  |
| 1 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej .....                                                                                                           | 6  |
| 2 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej .....                                                                                                               | 6  |
| 3 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Chirurgii Dziecięcej .....                                                                                                                                                 | 7  |
| 4 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej .....                                                                                                                                    | 8  |
| 5 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Ginekologiczno - Położniczy .....                                                                                                                                | 8  |
| 6 Usługi medyczne świadczone przez Szpitalny Oddział Kliniczny Neurochirurgii .....                                                                                                                                   | 8  |
| 7 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Okulistyki .....                                                                                                                                                           | 9  |
| 8 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Kardiochirurgii .....                                                                                                                                                      | 9  |
| 9 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Kardiologii oraz Zakład Hemodynamiki i Interwencji Sercowo-Naczyniowych .....                                                                                    | 10 |
| V. Cennik opłat za badania diagnostyczne i inne procedury medyczne (stanowiący zał. Nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego) .....                                                                                         | 10 |
| 1 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej .....                                                                                                                     | 10 |
| 2 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej .....                                                                                                                                            | 17 |
| 3 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię Hematologii i Cytometrii Przepływowej .....                                                                                                                              | 24 |
| 4 Usługi świadczone przez Zakład Patomorfologii Klinicznej .....                                                                                                                                                      | 25 |
| 5 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię Kardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny oraz Kliniczny Oddział Kardiologii .....                                                                                        | 27 |
| 6 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Kardiologiczną dla Dzieci .....                                                                                                                                           | 27 |
| 7 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię Audiologiczną .....                                                                                                                                                      | 28 |
| 8 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej oraz Poradnię Chorób Płuc i Gruźlicy .....                                                                                       | 28 |
| 9 Usługi medyczne z zakresu Okulistyki .....                                                                                                                                                                          | 29 |
| 10 Usługi świadczone przez Pracownię Endoskopii .....                                                                                                                                                                 | 31 |
| 11 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu .....                                                                                                       | 31 |
| 12 Usługi świadczone przez Pracownię Neurofizjologii (EEG) .....                                                                                                                                                      | 32 |
| 13 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię EMG .....                                                                                                                                                               | 33 |




|                                                                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 14 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Ginekologiczną, Kliniczny Oddział Ginekologiczno – Położniczy, Poradnię Laktacyjną .....                                                                   | 33 |
| 15 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Chirurgii Ogólnej .....                                                                                                                                    | 34 |
| 16 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Chirurgii Onkologicznej .....                                                                                                                              | 35 |
| 17 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Fizjoterapii .....                                                                                                                                           | 35 |
| 18 Inne usługi.....                                                                                                                                                                                     | 36 |
| 19 Szpitalny Oddział Ratunkowy .....                                                                                                                                                                    | 37 |
| 20 Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej .....                                                                                                                                            | 38 |
| VI. Cennik usług transportowych jednorazowych (stanowiący zał. Nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego)                                                                                                      | 38 |
| VII. Cennik opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób i instytucji uprawnionych do pochowania zwłok (stanowiący zał. Nr 10 do Regulaminu Organizacyjnego) ..... | 39 |
| VIII. Cennik pozostałych usług .....                                                                                                                                                                    | 39 |






| <b>I. Cennik opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (stanowiący zał. Nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego)</b> |                                                                                                    |                     |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|
| <b>L.p.</b>                                                                                                         | <b>Wyszczególnienie</b>                                                                            | <b>Cena netto**</b> | <b>Cena brutto<br/>(cena netto +23%Vat)</b> |
| 1.                                                                                                                  | Za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej *                                        | 9,19                | 11,30                                       |
| 2.                                                                                                                  | Za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej *                                                     | 0,32                | 0,39                                        |
| 3.                                                                                                                  | Za udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych*                          | 1,84                | 2,26                                        |
| 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. 2020, poz.849 z późn.zm).

| <b>II. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentom bez skierowania i pacjentom nieubezpieczonym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (stanowiący zał. Nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego)</b> |                                                                                                                           |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>L.p.</b>                                                                                                                                                                                                            | <b>Nazwa usługi</b>                                                                                                       | <b>Cena netto**</b> |
| 1.                                                                                                                                                                                                                     | Porada specjalistyczna<br><i>(Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane dla potrzeb porady płatne osobno wg cennika).</i> | 150,00              |
| 2.                                                                                                                                                                                                                     | Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej                                                                            | 40,00               |

**\*\* 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 2021r., poz.685 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 (stanowiący zał. Nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego)

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                                                           | Cena za 1 punkt |
|------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1.   | Kliniczny Oddział Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu    | 1,80            |
| 2.   | Oddział Chirurgii Dziecięcej                                             | 1,70            |
| 3.   | Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej       | 1,50            |
| 4.   | Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej                                  | 1,60            |
| 5.   | Kliniczny Oddział Ginekologiczno-Położniczy                              | 2,30            |
| 6.   | Oddział Hematologii                                                      | 1,20            |
| 7.   | Oddział Kardiochirurgii                                                  | 1,60            |
| 8.   | Kliniczny Oddział Kardiologii                                            | 1,00            |
| 9.   | Oddział Neonatologii                                                     | 1,50            |
| 10.  | Kliniczny Oddział Neurologii                                             | 1,40            |
| 11.  | Oddział Okulistyki                                                       | 1,60            |
| 12.  | Kliniczny Oddział Onkologii                                              | 1,40            |
| 13.  | Kliniczny Oddział Pediatrii                                              | 1,50            |
| 14.  | Oddział Pulmonologii i Onkologii Pulmonologicznej                        | 1,70            |
| 15.  | Kliniczny Oddział Rehabilitacji z Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej | 2,10            |
| 16.  | Kliniczny Oddział Wewnętrzny I                                           | 1,30            |
| 17.  | Oddział Wewnętrzny II i Nadciśnienia Tętniczego                          | 1,50            |
| 18.  | Kliniczny Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej           | 1,50            |
| 19.  | Pododdział Reumatologii                                                  | 1,70            |
| 20.  | Szpitalny Oddział Kliniczny Neurochirurgii                               | 1,40            |




#### IV. Cennik opłat za świadczenia zdrowotne – hospitalizacja – usługi komercyjne (stanowiący zał. Nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego)

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, nie wymagającej 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.

##### 1 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Metabolicznej tel.361-36-01, 361-33-14

| L.p. | Nazwa usługi                                                                                                            | Cena netto** |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Cholecystektomia laparoskopowa ( hospitalizacja do 3 dni )                                                              | 4 900,00     |
| 2.   | Operacja naprawcza przepukliny pachwinowych, pępkowych, brzusznych, udowych z siatką lub bez (hospitalizacja do 4 dni ) | 5 600,00     |
| 3.   | Wycięcie torbieli włosowej w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)                                             | 4 700,00     |
| 4.   | Wycięcie zmian skórnych i tkanki podskórnej (hospitalizacja do 2 dni)                                                   | 2 700,00     |
| 5.   | Wycięcie tarczycy (hospitalizacja do 5 dni)                                                                             | 9 750,00     |
| 6.   | Wycięcie guzka piersi (hospitalizacja do 2 dni)                                                                         | 2 500,00     |
| 7.   | Wycięcie żylaków odbytu (hospitalizacja do 3 dni)                                                                       | 4 000,00     |

##### 2 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej tel.361-33-61

| L.p. | Nazwa usługi                                                                                      | Cena netto** |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Tonsilektomia -wycięcie migdałków podniebiennych w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni) | 5 900,00     |
| 2.   | Adenotomia – wycięcie migdałka gardłowego w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)        | 3 800,00     |




|     |                                                                                                                                      |                       |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 3.  | Adenotomia + paracenteza – wycięcie migdałka gardłowego + nakłucie błony bębenkowej w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni) | 3 800,00              |
| 4.  | Adenotomia + drenaż – wycięcie migdałka gardłowego + drenaż w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                         | 3 800,00              |
| 5.  | Septoplastyka – plastyka przegrody w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)                                                  | 7 400,00              |
| 6.  | Endoskopowa operacja zatok w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 5 dni)                                                          | 9 000,00              |
| 7.  | Usunięcie ślinianki w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 8 dni)                                                                 | 14 000,00             |
| 8.  | Usunięcie torbieli szyi w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)                                                             | 7 300,00              |
| 9.  | Operacja węzłów chłonnych szyi w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)                                                      | 7 400,00              |
| 10. | Plastyka podniebienia – laser w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 3 dni)                                                       | 5 400,00              |
| 11. | Mucotomia, RF, Krio w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                                                                 | 3 800,00              |
| 12. | Rhinoseptoplastyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 6 dni)                                                                  | 11 000,00 - 15 000,00 |
| 13. | Operacja ucha w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 6 dni)                                                                       | 10 000,00 – 12 000,00 |
| 14. | Myringoplastyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 4 dni)                                                                     | 7 200,00              |
| 15. | Laser krtani, gardła w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 8 dni)                                                                | 14 000,00             |
| 16. | MLS – diagnostyka w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                                                                   | 4 000,00              |

**3 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 2 dni) | 3 100,00     |
| 2.   | Operacja wodniaka jądra w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                                        | 3 600,00     |
| 3.   | Operacja stulejki w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                                              | 2 650,00     |
| 4.   | Operacja niezstąpionego jądra w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja do 2 dni)                                  | 3 550,00     |
| 5.   | Operacja wrastającego paznokcia w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja w trybie jednodniowym)                   | 2 150,00     |
| 6.   | Usunięcie znamion barwnikowych powłok w znieczuleniu ogólnym (hospitalizacja w trybie jednodniowym)             | 2 700,00     |






**4 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)                                                                     | 5 300,00     |
| 2.   | Przeszczep więzadła krzyżowego kolana bez kosztu implantów (hospitalizacja do 3 dni)                                                   | 6 200,00     |
| 3.   | Korekcja palucha bez kosztów implantów (hospitalizacja do 3 dni)                                                                       | 3 900,00     |
| 4.   | Osteotomia korekcyjna palucha koślawego, palców młotkowatych, płaskostopia porzecznego bez kosztów implantów (hospitalizacja do 4 dni) | 6 500,00     |
| 5.   | Endoproteza biodra bez kosztu implantów (hospitalizacja do 7 dni)                                                                      | 12 000,00    |
| 6.   | Endoproteza kolana bez kosztu implantów (hospitalizacja do 7 dni)                                                                      | 12 500,00    |

**5 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Ginekologiczno - Położniczy**  
tel.361-32-84

| L.p. | Nazwa usługi                                                                                   | Cena netto** |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Wyłyżeczkowanie jamy macicy (hospitalizacja w trybie jednodniowym)                             | 1 500,00     |
| 2.   | Wycinki z szyjki macicy i wyłyżeczkowanie kanału szyjki (hospitalizacja w trybie jednodniowym) | 1 500,00     |
| 3.   | Wycinki ze sromu (hospitalizacja w trybie jednodniowym)                                        | 1 500,00     |
| 4.   | Laparoskopia diagnostyczna i wycięcie torbieli (hospitalizacja do 3 dni)                       | 5 450,00     |
| 5.   | Elektrokonizacja szyjki macicy (hospitalizacja w trybie jednodniowym)                          | 1 550,00     |
| 6.   | Wycięcie zmiany pochwy (hospitalizacja do 2 dni)                                               | 1 950,00     |

**6 Usługi medyczne świadczone przez Szpitalny Oddział Kliniczny Neurochirurgii**  
tel.361-32-42

| L.p. | Nazwa usługi                                                 | Cena netto** |
|------|--------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Operacja zespołu cieśni nadgarstka (hospitalizacja do 3 dni) | 3 050,00     |




|    |                                                                                                                                                                 |           |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2. | Operacja dyskopatii szyjnej z wprowadzeniem implantów – implantu sztywnego lub ruchomej protezy dysku szyjnego - bez kosztu implantów (hospitalizacja do 9 dni) | 18 850,00 |
| 3. | Operacja dyskopatii lędźwiowej bez kosztu implantu (hospitalizacja do 9 dni)                                                                                    | 14 700,00 |
| 4. | Wertebroplastyka przezskórna bez elementów wszczepiennych (hospitalizacja do 4 dni)                                                                             | 11 150,00 |

## 7 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) | 4 300,00     |
| 2.   | Operacja fakoemulsyfikacji z wszczepieniem soczewki torycznej (hospitalizacja w trybie jednodniowym)                 | 5 300,00     |

## 8 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)                                                          | 39 600,00    |
| 2.   | Wszczepienie zastawki aortalnej biologicznej lub mechanicznej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni) | 34 000,00    |
| 3.   | Wszczepienie zastawki mitralnej biologicznej lub mechanicznej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni) | 34 000,00    |
| 4.   | Naprawa zastawki mitralnej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)                                    | 32 100,00    |
| 5.   | Naprawa zastawki trójdzielnej bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 7 dni)                                 | 36 700,00    |
| 6.   | Usuwanie elektrod (TLE) bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 4 dni)                                       | 20 200,00    |
| 7.   | Operacja tętniaka aorty bez kosztów elementów wszczepialnych (hospitalizacja do 9 dni)                                       | 46 300,00    |



**9 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Kardiologii oraz 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)          | 2 800,00     |
| 2.   | Balonowa angioplastyka wieńcowa (hospitalizacja do 3 dni)                  | 6 350,00     |
| 3.   | Wprowadzenie jednego stentu do tętnicy wieńcowej (hospitalizacja do 3 dni) | 7 600,00     |
| 4.   | Wprowadzenie dwóch stentów do tętnicy wieńcowej (hospitalizacja do 3 dni)  | 9 000,00     |

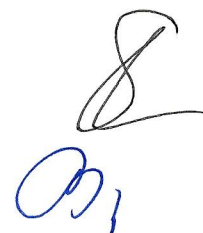
*\*\* Uwaga! Ze zwolnienia z podatku VAT korzystają usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawa towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze. (Ustawa z dnia 11.03.2004r o podatku od towarów i usług, Dz. U. z 2020r., poz.106 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  
(stanowiący zał. Nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego)**

**1 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Interwencyjnej**  
tel. 361-32-06, 361-32-07

**BADANIA USG**

| L.p. | Nazwa badania                                 | Cena netto** |
|------|-----------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Biopsja tarczycy pod kontrolą USG             | 223,00       |
|      | USG tarczycy                                  | 63,00        |
|      | nakłucie do PCI                               | 100,00       |
|      | badanie cytologiczne                          | 60,00        |
| 2.   | Biopsja nadnerczy pod kontrolą USG            | 217,00       |
| 3.   | Biopsja układu limfatycznego pod kontrolą USG | 217,00       |
| 4.   | Biopsja wątroby pod kontrolą USG              | 217,00       |
| 5.   | Biopsja trzustki pod kontrolą USG             | 217,00       |
| 6.   | Biopsja nerki pod kontrolą USG                | 217,00       |





|     |                                                        |        |
|-----|--------------------------------------------------------|--------|
| 7.  | Biopsja piersi pod kontrolą USG                        | 217,00 |
| 8.  | USG tarczycy i przytarczyc                             | 133,00 |
| 9.  | USG Doppler naczyń szyi                                | 175,00 |
| 10. | USG węzłów chłonnych szyi                              | 147,00 |
| 11. | USG ślinianek                                          | 133,00 |
| 12. | USG przezciemiączkowe                                  | 133,00 |
| 13. | USG krtani                                             | 133,00 |
| 14. | USG piersi                                             | 147,00 |
| 15. | USG jamy opłucnej                                      | 133,00 |
| 16. | USG doppler – naczyń nerkowych                         | 189,00 |
| 17. | USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego              | 133,00 |
| 18. | USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej         | 133,00 |
| 19. | USG gruczołu krokowego                                 | 161,00 |
| 20. | USG zakrzepicy żył głębokich                           | 217,00 |
| 21. | USG kolorowe naczyń obwodowych 2D z analizą spektralną | 175,00 |
| 22. | USG kolorowe naczyń obwodowych 2D power doppler        | 175,00 |
| 23. | USG kolorowe naczyń obwodowych 2D B-flow               | 175,00 |
| 24. | USG doppler tk narządów mięsnych                       | 175,00 |
| 25. | USG doppler naczyń kończyn górnych                     | 175,00 |
| 26. | USG doppler naczyń kończyn dolnych                     | 175,00 |
| 27. | USG węzłów chłonnych położonych powierzchownie         | 133,00 |
| 28. | USG kończyny górnej (mięśnie, ścięgna)                 | 189,00 |
| 29. | USG kończyny dolnej (mięśnie, ścięgna)                 | 189,00 |
| 30. | USG stawu barkowego                                    | 189,00 |
| 31. | USG stawu łokciowego                                   | 189,00 |
| 32. | USG stawów rąk                                         | 189,00 |
| 33. | USG stawów stóp                                        | 189,00 |
| 34. | USG stawu biodrowego                                   | 189,00 |
| 35. | USG stawów biodrowych                                  | 315,00 |
| 36. | USG stawów biodrowych niemowląt                        | 161,00 |
| 37. | USG stawu kolanowego                                   | 189,00 |

|     |                       |        |
|-----|-----------------------|--------|
| 38. | USG stawów kolanowych | 315,00 |
| 39. | USG jąder             | 133,00 |

| BADANIA RTG |                                             |              |
|-------------|---------------------------------------------|--------------|
| L.p.        | Nazwa badania                               | Cena netto** |
| 1.          | RTG nosogardzieli                           | 60,00        |
| 2.          | RTG zatok nosa                              | 60,00        |
| 3.          | RTG nosa                                    | 56,00        |
| 4.          | RTG czaszki PA i boczne                     | 67,00        |
| 5.          | RTG czaszki w projekcji bocznej             | 56,00        |
| 6.          | RTG czaszki w projekcji AP                  | 56,00        |
| 7.          | RTG twarzoczaszki                           | 56,00        |
| 8.          | RTG okolicy czołowej                        | 56,00        |
| 9.          | RTG żuchwy                                  | 56,00        |
| 10.         | RTG oczodołu                                | 56,00        |
| 11.         | RTG oczodołów                               | 67,00        |
| 12.         | RTG oczodołów na ciało obce                 | 74,00        |
| 13.         | RTG potylicy                                | 56,00        |
| 14.         | RTG kości skroniowej wg Schullera           | 77,00        |
| 15.         | RTG st.skroniowo-żuchwowy                   | 67,00        |
| 16.         | RTG kr. szyjnego AP i boczne                | 67,00        |
| 17.         | RTG kr. szyjny celowane na ząb obrotnika    | 56,00        |
| 18.         | RTG kr. szyjny czynnościowe                 | 67,00        |
| 19.         | RTG kr. szyjny skośne                       | 67,00        |
| 20.         | RTG kr. szyjny celowane boczne kręgu        | 56,00        |
| 21.         | RTG kr. piersiowego AP i boczne             | 67,00        |
| 22.         | RTG kr. piersiowego celowane kręgu          | 56,00        |
| 23.         | RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego AP i boczne    | 67,00        |
| 24.         | RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego celowane kręgu | 56,00        |






|     |                                                                  |        |
|-----|------------------------------------------------------------------|--------|
| 25. | RTG kr. lędźwiowo-krzyżowego skosy /czynnościowe                 | 67,00  |
| 26. | RTG stawów krzyżowo-biodrowych                                   | 56,00  |
| 27. | RTG kości krzyżowej                                              | 56,00  |
| 28. | RTG kości guzicznej                                              | 56,00  |
| 29. | RTG kręgosłupa u dzieci w poz. stojącej AP ( 1 zdjęcie)          | 63,00  |
| 30. | RTG kręgosłupa u dzieci w poz. stojącej AP i boczne ( 2 zdjęcia) | 74,00  |
| 31. | RTG kręgosłupa Th-LS w pozycji stojącej AP (łączenie)            | 147,00 |
| 32. | RTG Kręgosłupa Th-LS AP i bok (łączenie)                         | 217,00 |
| 33. | RTG żeber (dwie projekcje)                                       | 67,00  |
| 34. | RTG żeber skośne ( jedna projekcja)                              | 56,00  |
| 35. | RTG mostka                                                       | 56,00  |
| 36. | RTG obojczyka                                                    | 56,00  |
| 37. | RTG obojczyków - porównawcze                                     | 67,00  |
| 38. | RTG płuc PA/AP                                                   | 56,00  |
| 39. | RTG płuc PA i boczne                                             | 63,00  |
| 40. | RTG płuc PA i boczne lewe z barytem                              | 77,00  |
| 41. | RTG płuc - boczne                                                | 56,00  |
| 42. | RTG celowane na szczyty                                          | 56,00  |
| 43. | RTG przelyku ze środkiem kontrastowym                            | 161,00 |
| 44. | RTG żołądka i dwunastnicy                                        | 175,00 |
| 45. | RTG j. brzusznej                                                 | 67,00  |
| 46. | RTG j. brzuszne celowane                                         | 56,00  |
| 47. | RTG j. brzusznej i klp ciało obce                                | 74,00  |
| 48. | RTG barku                                                        | 56,00  |
| 49. | RTG barku osiowe                                                 | 56,00  |
| 50. | RTG ramienia                                                     | 56,00  |
| 51. | RTG ramienia - transtorakalne                                    | 60,00  |
| 52. | RTG łopatk                                                       | 56,00  |
| 53. | RTG łokcia AP i boczne                                           | 63,00  |
| 54. | RTG przedramienia AP i boczne                                    | 63,00  |




|     |                                               |        |
|-----|-----------------------------------------------|--------|
| 55. | RTG nadgarstka                                | 63,00  |
| 56. | RTG ręki                                      | 63,00  |
| 57. | RTG śródreżcza                                | 63,00  |
| 58. | RTG rąk-porównawcze                           | 63,00  |
| 59. | RTG celowane k.k.górnej                       | 56,00  |
| 60. | RTG k. łódeczkowatej nadgarstka               | 56,00  |
| 61. | RTG k. grochowatej nadgarstka                 | 56,00  |
| 62. | RTG palca ręki                                | 56,00  |
| 63. | RTG ręki na ciało obce                        | 56,00  |
| 64. | RTG ręki na wiek kostny                       | 56,00  |
| 65. | RTG miednicy                                  | 63,00  |
| 66. | RTG spojenia łonowego                         | 56,00  |
| 67. | RTG st.biodrowego                             | 56,00  |
| 68. | RTG st.biodrowego - osiowe                    | 56,00  |
| 69. | RTG st.biodrowych - porównawcze               | 63,00  |
| 70. | RTG uda                                       | 63,00  |
| 71. | RTG st.kolanowego                             | 67,00  |
| 72. | RTG kolan                                     | 77,00  |
| 73. | RTG podudzia                                  | 63,00  |
| 74. | RTG st.skokowego                              | 63,00  |
| 75. | RTG stopy                                     | 63,00  |
| 76. | RTG stóp - porównawcze                        | 63,00  |
| 77. | RTG rzepki                                    | 56,00  |
| 78. | RTG palców stopy                              | 56,00  |
| 79. | RTG pięty                                     | 56,00  |
| 80. | RTG pięt - porównawcze                        | 63,00  |
| 81. | RTG celowane k.k.dolnej                       | 56,00  |
| 82. | RTG tkanek miękkich kończyny górnej           | 56,00  |
| 83. | RTG tkanek miękkich kończyny dolnej           | 56,00  |
| 84. | RTG kości kończyny dolnej AP (łączenie)       | 147,00 |
| 85. | RTG kości kończyny dolnej AP i bok (łączenie) | 217,00 |



| TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA |                                                               |              |
|------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                   | Nazwa badania                                                 | Cena netto** |
| 1.                     | TK głowy bez kontrastu                                        | 308,00       |
| 2.                     | TK głowy bez kontrastu i z kontrastem                         | 448,00       |
| 3.                     | Angio TK tętnic szyjnych                                      | 714,00       |
| 4.                     | Angio TK tętnic śródczaszkowych                               | 784,00       |
| 5.                     | TK zatok bez kontrastu                                        | 336,00       |
| 6.                     | TK oczodołów bez kontrastu                                    | 336,00       |
| 7.                     | TK kości skroniowych bez kontrastu                            | 336,00       |
| 8.                     | TK twarzoczaszki bez kontrastu                                | 336,00       |
| 9.                     | TK zatok bez i z kontrastem                                   | 448,00       |
| 10.                    | TK oczodołu bez i z kontrastem                                | 448,00       |
| 11.                    | TK kości skroniowych bez i z kontrastem                       | 448,00       |
| 12.                    | TK twarzoczaszki bez i z kontrastem                           | 448,00       |
| 13.                    | TK szyi bez kontrastu                                         | 364,00       |
| 14.                    | TK szyi bez kontrastu i z kontrastem                          | 644,00       |
| 15.                    | TK klatki piersiowej bez kontrastu                            | 434,00       |
| 16.                    | TK klatki piersiowej HRCT                                     | 504,00       |
| 17.                    | TK klatki piersiowej bez i z kontrastem                       | 574,00       |
| 18.                    | Angio TK tętnic płucnych                                      | 644,00       |
| 19.                    | Angio TK aorty piersiowej                                     | 644,00       |
| 20.                    | TK głowy z kontrastem                                         | 420,00       |
| 21.                    | TK brzucha bez kontrastu                                      | 434,00       |
| 22.                    | TK miednicy małej bez kontrastu                               | 378,00       |
| 23.                    | TK brzucha bez i z kontrastem                                 | 602,00       |
| 24.                    | TK miednicy małej bez i z kontrastem                          | 532,00       |
| 25.                    | TK brzucha bez i z kontrastem (wielofazowe)                   | 672,00       |
| 26.                    | Angio TK aorty brzusznej                                      | 714,00       |
| 27.                    | Angio TK tętnic nerkowych                                     | 714,00       |
| 28.                    | TK układu kostno-stawowego kończyny górnej bez kontrastu      | 448,00       |
| 29.                    | TK układu kostno-stawowego kończyny górnej bez i z kontrastem | 602,00       |
| 30.                    | TK układu kostno-stawowego kończyny dolnej bez kontrastu      | 448,00       |
| 31.                    | TK układu kostno-stawowego kończyny dolnej bez i z kontrastem | 602,00       |
| 32.                    | TK kości miednicy bez kontrastu                               | 378,00       |
| 33.                    | Angio TK kończyn dolnych/ górnych                             | 784,00       |
| 34.                    | Angio TK innej okolicy anatomicznej                           | 784,00       |
| 35.                    | Angio TK dwóch okolic                                         | 1000,00      |
| 36.                    | TK kręgosłupa szyjnego bez kontrastu                          | 378,00       |
| 37.                    | TK kręgosłupa szyjnego bez i z kontrastem                     | 574,00       |
| 38.                    | TK kręgosłupa piersiowego bez kontrastu                       | 378,00       |
| 39.                    | TK kręgosłupa piersiowego bez i z kontrastem                  | 574,00       |
| 40.                    | TK kręgosłupa lędźwiowego bez kontrastu                       | 378,00       |
| 41.                    | TK kręgosłupa lędźwiowego bez i z kontrastem                  | 574,00       |
| 42.                    | TK kości miednicy bez i z kontrastem                          | 574,00       |
| 43.                    | TK brzucha z miednicą małą bez i z kontrastem                 | 924,00       |






|     |                                               |         |
|-----|-----------------------------------------------|---------|
| 44. | TK dwóch okolic bez kontrastu                 | 644,00  |
| 45. | TK dwóch okolic bez i z kontrastem            | 844,00  |
| 46. | TK trzech okolic bez kontrastu                | 854,00  |
| 47. | TK trzech okolic bez kontrastu i z kontrastem | 1134,00 |

| REZONANS MAGNETYCZNY |                                                                                           |              |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                 | Nazwa badania                                                                             | Cena netto** |
| 1.                   | MR oczodołów bez kontrastu                                                                | 602,00       |
| 2.                   | MR oczodołów bez kontrastu i z kontrastem                                                 | 742,00       |
| 3.                   | MR mózgu i pnia mózgu bez kontrastu                                                       | 602,00       |
| 4.                   | MR mózgu i pnia mózgu bez kontrastu i z kontrastem                                        | 812,00       |
| 5.                   | MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny górnej bez kontrastu                           | 714,00       |
| 6.                   | MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny górnej bez i z kontrastem                      | 882,00       |
| 7.                   | MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny dolnej bez kontrastu                           | 714,00       |
| 8.                   | MR układu mięśniowo-szkieletowego kończyny dolnej bez i z kontrastem                      | 882,00       |
| 9.                   | MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu                          | 602,00       |
| 10.                  | MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowego bez kontrastu                       | 602,00       |
| 11.                  | MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu                       | 602,00       |
| 12.                  | MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu i z kontrastem           | 882,00       |
| 13.                  | MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowego bez kontrastu i z kontrastem        | 882,00       |
| 14.                  | MR kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu i z kontrastem        | 882,00       |
| 15.                  | MR jamy brzusznej bez kontrastu                                                           | 714,00       |
| 16.                  | MR jamy brzusznej bez kontrastu i z kontrastem                                            | 924,00       |
| 17.                  | Angio MR naczyń śródczaszkowych bez kontrastu                                             | 714,00       |
| 18.                  | MR przysadki mózgowej bez kontrastu i z kontrastem                                        | 994,00       |
| 19.                  | MR gruczołów piersiowych bez kontrastu i z kontrastem                                     | 1 064,00     |
| 20.                  | MR kanału rdzeniowego na poziomie dwóch odcinków kręgosłupa bez kontrastu                 | 1 064,00     |
| 21.                  | MR kanału rdzeniowego na poziomie dwóch odcinków kręgosłupa bez kontrastu i z kontrastem  | 1 274,00     |
| 22.                  | MR kanału mięśniowo-szkieletowego dwóch okolic anatomicznych bez kontrastu                | 1 064,00     |
| 23.                  | MR kanału mięśniowo-szkieletowego dwóch okolic anatomicznych bez kontrastu i z kontrastem | 1 274,00     |

| MAMMOGRAFIA |                       |              |
|-------------|-----------------------|--------------|
| Lp.         | Nazwa badania         | Cena netto** |
| 1.          | Biopsja mammotoniczna | 2 100,00     |

|    |                           |        |
|----|---------------------------|--------|
| 2. | Mammografia jednej piersi | 50,00  |
| 3. | Mammografia obu piersi    | 100,00 |

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

| 2 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej<br>tel. 361-31-28 |                                                     |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                   | Nazwa badania                                       | Cena netto** |
| <b>I.</b>                                                                              | <b>HEMATOLOGIA</b>                                  |              |
| 1.                                                                                     | Morfologia krwi z rozdziałem leukocytów             | 10,00        |
| 2.                                                                                     | Mikroskopowy obraz krwi obwodowej                   | 25,00        |
| 3.                                                                                     | Retikulocyty                                        | 17,00        |
| 4.                                                                                     | Płytki krwi                                         | 9,00         |
| 5.                                                                                     | Korekcja liczby płytek krwi (EDTA + cytrynian sodu) | 20,00        |
| 6.                                                                                     | OB                                                  | 11,00        |
| <b>II.</b>                                                                             | <b>KOAGULOLOGIA</b>                                 |              |
| 1                                                                                      | Antytrombina III                                    | 33,00        |
| 2                                                                                      | APTT – czas kaolinowo-kefalinowy                    | 9,00         |
| 3                                                                                      | D-dimery                                            | 24,00        |
| 4                                                                                      | Fibrynogen                                          | 11,00        |
| 5                                                                                      | INR                                                 | 9,00         |
| 6                                                                                      | Białko S                                            | 68,00        |
| 7                                                                                      | Białko C                                            | 50,00        |
| 8                                                                                      | Czynnik VIII                                        | 44,00        |
| 9                                                                                      | Test korekcji APTT                                  | 33,00        |
| <b>III.</b>                                                                            | <b>ANALITYKA OGÓLNA</b>                             |              |
| 1                                                                                      | Kał-krew utajona                                    | 25,00        |
| 2                                                                                      | Kał-pasożyty (jedno oznaczenie)                     | 9,00         |
| 3                                                                                      | Kał-test na obecność antygenu lamblii               | 40,00        |



|            |                                                                                                                                                                                                       |        |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 4          | Mocz-badanie ogólne z oceną mikroskopową osadu                                                                                                                                                        | 11,00  |
| 5          | Glukoza w moczu                                                                                                                                                                                       | 6,00   |
| 6          | Białko w moczu                                                                                                                                                                                        | 17,00  |
| 7          | Mikroalbuminuria                                                                                                                                                                                      | 24,00  |
| 8          | Mocz-dobowe wydalenie: mocznika, kreatyniny, kwasu moczowego, sodu, potasu, chlorków, wapnia, magnezu, fosforanu nieorganicznego.<br>Każde badanie wg cennika szczegółowego (patrz: chemia kliniczna) |        |
| 9          | Amylaza w moczu                                                                                                                                                                                       | 8,00   |
| 10         | Wymaz z odbytu na obecność owsików                                                                                                                                                                    | 11,00  |
| 11         | Helikobacter pylori w kale                                                                                                                                                                            | 30,00  |
| <b>IV.</b> | <b>CHEMIA KLINICZNA</b>                                                                                                                                                                               |        |
| 1          | Albumina                                                                                                                                                                                              | 11,00  |
| 2          | ALT – Aminotransferaza alaninowa                                                                                                                                                                      | 6,00   |
| 3          | AST – Aminotransferaza asparaginianowa                                                                                                                                                                | 6,00   |
| 4          | Amylaza                                                                                                                                                                                               | 8,00   |
| 5          | Białko całkowite                                                                                                                                                                                      | 6,00   |
| 6          | Bilirubina bezpośrednia (związana)                                                                                                                                                                    | 9,00   |
| 7          | Bilirubina całkowita                                                                                                                                                                                  | 7,00   |
| 8          | Bilirubina pośrednia (wolna)                                                                                                                                                                          | 6,00   |
| 9          | CRP w surowicy                                                                                                                                                                                        | 17,00  |
| 10         | CRP ultraczułe                                                                                                                                                                                        | 145,00 |
| 11         | Cholesterol całkowity                                                                                                                                                                                 | 6,00   |
| 12         | Cholesterol LDL (met. bezpośrednią)                                                                                                                                                                   | 12,00  |
| 13         | Cholesterol HDL                                                                                                                                                                                       | 7,00   |
| 14         | LDH – Dehydrogenaza mleczanowa                                                                                                                                                                        | 7,00   |
| 15         | ALP –Fosfataza zasadowa                                                                                                                                                                               | 6,00   |
| 16         | Fosforany nieorganiczne                                                                                                                                                                               | 7,00   |
| 17         | GGTP -Gammaglutamylotranspeptydaza                                                                                                                                                                    | 7,00   |
| 18         | Gazometria (RKZ)                                                                                                                                                                                      | 33,00  |
| 19         | Glukoza                                                                                                                                                                                               | 6,00   |
| 20         | Doustne testy tolerancji glukozy                                                                                                                                                                      |        |
| 21         | OGTT (2pkt):doustny test tolerancji glukozy ( 75 g)                                                                                                                                                   | 11,00  |
| 22         | OGTT(3pkt): doustny test tolerancji glukozy ( 75 g)                                                                                                                                                   | 17,00  |
| 23         | Immunofiksacja                                                                                                                                                                                        | 132,00 |
| 24         | CK –Kinaza fosfokreatynowa                                                                                                                                                                            | 11,00  |
| 25         | CK-MB Mass                                                                                                                                                                                            | 28,00  |
| 26         | Kreatynina + GFR                                                                                                                                                                                      | 7,00   |
| 27         | Kwas moczowy                                                                                                                                                                                          | 8,00   |
| 28         | Lipidogram (CHOL, HDL, TG, LDL i nie-HDL - wyliczane)                                                                                                                                                 | 23,00  |
| 29         | Magnez                                                                                                                                                                                                | 7,00   |
| 30         | Mocznik                                                                                                                                                                                               | 6,00   |
| 31         | Osmolalność moczu                                                                                                                                                                                     | 11,00  |
| 32         | Osmolalność surowicy                                                                                                                                                                                  | 11,00  |
| 33         | Proteinogram                                                                                                                                                                                          | 55,00  |
| 34         | Potas - surowica                                                                                                                                                                                      | 7,00   |
| 35         | Potas – krew włośniczkowa                                                                                                                                                                             | 33,00  |
| 36         | Trójglicerydy                                                                                                                                                                                         | 6,00   |





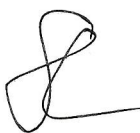
|              |                                                          |       |
|--------------|----------------------------------------------------------|-------|
| 37           | Wapń całkowity                                           | 7,00  |
| 38           | Wapń zjonizowany                                         | 33,00 |
| 39           | Żelazo                                                   | 7,00  |
| 40           | Sód - surowica                                           | 7,00  |
| 41           | Sód – krew włośniczkowa                                  | 33,00 |
| 42           | Chlorki - surowica                                       | 7,00  |
| 43           | Chlorki–krew włośniczkowa                                | 33,00 |
| 44           | Troponina T wysokiej czułości                            | 33,00 |
| 45           | Prokalcytonina                                           | 55,00 |
| 46           | NTproBNP                                                 | 66,00 |
| 47           | Homocysteina                                             | 55,00 |
| 48           | Kwasy żółciowe                                           | 44,00 |
| 49           | Fruktozamina                                             | 28,00 |
| 50           | Amoniak                                                  | 33,00 |
| 51           | Interleukina-6                                           | 66,00 |
| 52           | Lipaza                                                   | 15,00 |
| <b>V.</b>    | <b>DIAGNOSTYKA CHOROÓB TARCZYCY</b>                      |       |
| 1            | FT3 – wolna trójjodotyronina                             | 18,00 |
| 2            | FT4 – wolna tyroksyna                                    | 18,00 |
| 3            | TSH –hormon tyreotropowy                                 | 16,00 |
| 4            | Anty-TG- Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie            | 39,00 |
| 5            | Anty-TPO - Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej | 39,00 |
| <b>VI.</b>   | <b>HORMONY PŁCIOWE</b>                                   |       |
| 1            | Estradiol                                                | 24,00 |
| 2            | FSH – Hormon folikulotropowy                             | 24,00 |
| 3            | Beta-HCG                                                 | 33,00 |
| 4            | LH – Hormon luteinizujący                                | 24,00 |
| 5            | Prolaktyna                                               | 24,00 |
| 6            | Progesteron                                              | 24,00 |
| 7            | Prolaktyna – test z metoklopramidem -na zlecenie lekarza | 48,00 |
| 8            | Testosteron                                              | 24,00 |
| <b>VII.</b>  | <b>HORMONY I METABOLITY</b>                              |       |
| 1            | DHEA-S- Siarczan dehydroepiandrosteronu                  | 39,00 |
| 2            | Kortyzol w surowicy                                      | 33,00 |
| 3            | Kortyzol w ślinie                                        | 44,00 |
| 4            | Witamina D3                                              | 55,00 |
| 5            | Kwas wanilinomigdałowy w DZM                             | 55,00 |
| 6            | Hormon wzrostu GH                                        | 39,00 |
| 7            | IGF-1                                                    | 39,00 |
| 8            | Erytropoetyna                                            | 44,00 |
| <b>VIII.</b> | <b>POZOSTAŁE HORMONY</b>                                 |       |
| 1            | PTH - Parathormon                                        | 33,00 |
| 2            | ACTH                                                     | 33,00 |
| <b>IX.</b>   | <b>DIAGNOSTYKA NIEDOKRWISTOŚCI</b>                       |       |
| 1            | Ferrytyna                                                | 33,00 |
| 2            | Witamina B12                                             | 24,00 |

|              |                                                                       |        |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------|--------|
| 3            | Transferyna                                                           | 24,00  |
| 4            | TIBC – całkowita zdolność wiązania żelaza                             | 18,00  |
| 5            | UIBC – utajona zdolność wiązania żelaza                               | 11,00  |
| 6            | Wysycenie transferyny                                                 | 55,00  |
| 7            | Kwas foliowy                                                          | 28,00  |
| <b>X.</b>    | <b>MARKERY NOWOTWOROWE</b>                                            |        |
| 1            | AFP – alfa-fetoproteina                                               | 28,00  |
| 2            | Antygen CA-125                                                        | 28,00  |
| 3            | Antygen CA-15-3                                                       | 28,00  |
| 4            | Antygen CA-19-9                                                       | 28,00  |
| 5            | HE4                                                                   | 83,00  |
| 6            | ROMA (Ca-125 +HE4)                                                    | 105,00 |
| 7            | CEA – Antygen karcinoembrionalny                                      | 28,00  |
| 8            | PSA-Antygen swoisty dla stercza (całkowity)                           | 28,00  |
| 9            | Index PSA-wolne/PSA-całkowite                                         | 77,00  |
| 10           | Kalprotektyna w kale                                                  | 77,00  |
| <b>XI.</b>   | <b>MONITOROWANIE LEKÓW</b>                                            |        |
| 1            | Karbamazepina                                                         | 55,00  |
| 2            | Kwas walproinowy                                                      | 66,00  |
| 3            | Amikacyna                                                             | 55,00  |
| 4            | Gentamycyna                                                           | 55,00  |
| 5            | Tobramycyna                                                           | 55,00  |
| 6            | Wankomycyna                                                           | 55,00  |
| 7            | Salicylany                                                            | 66,00  |
| 8            | Paracetamol                                                           | 44,00  |
| <b>XII.</b>  | <b>DIAGNOSTYKA CHOROÓB ALERGICZNYCH</b>                               |        |
| 1            | IgE - całkowite                                                       | 28,00  |
| 2            | Panel pediatriczny 27 alergenów                                       | 165,00 |
| 3            | Panel pokarmowy 20 alergenów                                          | 165,00 |
| 4            | Panel wziewny 20 alergenów                                            | 165,00 |
| <b>XIII.</b> | <b>BIAŁKA SPECYFICZNE</b>                                             |        |
| 1            | RF-Czynnik reumatoidalny                                              | 17,00  |
| 2            | ASO –Antystreptolizyna O                                              | 33,00  |
| 3            | Immunoglobina A                                                       | 28,00  |
| 4            | Immunoglobina G                                                       | 28,00  |
| 5            | Immunoglobina M                                                       | 28,00  |
| 6            | Łańcuchy lekkie KAPPA w surowicy                                      | 33,00  |
| 7            | Łańcuchy lekkie LAMBDA w surowicy                                     | 33,00  |
| 8            | Łańcuchy wolne lekkie KAPPA w surowicy                                | 77,00  |
| 9            | Łańcuchy wolne lekkie LAMBDA w surowicy                               | 77,00  |
| <b>XIV.</b>  | <b>BADANIE NASIENIA wg WYTYCZNYCH WHO 2010</b>                        |        |
| 1            | Badanie podstawowe nasienia z oceną żywotności i morfologią plemników | 165,00 |
| <b>XV.</b>   | <b>DIAGNOSTYKA CUKRZYCY</b>                                           |        |
| 1            | HbA1c –Hemoglobina glikowana                                          | 24,00  |
| 2            | Insulina                                                              | 33,00  |
| 3            | C-peptyd                                                              | 33,00  |

| <b>XVI.</b>  | <b>DIAGNOSTYKA CHOROÓB ZAKAŻNYCH</b>                 |        |
|--------------|------------------------------------------------------|--------|
| 1            | SARS CoV-2 antygen                                   | 60,00  |
| 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 metodą RT-PCR                       | 350,00 |
| 5            | Wydruk wyniku w języku obcym                         | 100,00 |
| 6            | HBs- antygen WZW typu B                              | 17,00  |
| 7            | HBs- antygen – Test potwierdzający dodatniego HBs Ag | 33,00  |
| 8            | p/ciała anty- HBs                                    | 28,00  |
| 9            | HIV - Ag p24/Ab HIV1/HIV2                            | 28,00  |
| 10           | p/ciała anty -HCV                                    | 28,00  |
| 11           | CMV(Wirus cytomegalii) – p/ciała IgM                 | 44,00  |
| 12           | CMV( Wirus cytomegalii) – p/ciała IgG                | 44,00  |
| 13           | Toxoplazma gondii – p/ciała IgM                      | 33,00  |
| 14           | Toxoplazma gondii – p/ciała IgG                      | 33,00  |
| 15           | p/ciała przeciwko krętkowi blademu(kiła)             | 33,00  |
| 16           | Borrelia burgdorferi p/ciało IgG                     | 33,00  |
| 17           | Borrelia burgdorferi p/ciało IgM                     | 33,00  |
| 18           | Borrelia burgdorferi p/ciało IgG Western Blot        | 110,00 |
| 19           | Borrelia burgdorferi p/ciało IgM Western Blot        | 110,00 |
| 20           | HCV – Test potwierdzenia                             | 165,00 |
| 21           | HIV - Test potwierdzenia                             | 165,00 |
| 22           | Varicella IgM                                        | 28,00  |
| 23           | Varicella IgG                                        | 28,00  |
| 24           | Toxoplazma IgG, awidność                             | 55,00  |
| 25           | Chlamydia trachomatis IgA                            | 33,00  |
| 26           | Chlamydia trachomatis IgG                            | 28,00  |
| 27           | Chlamydia trachomatis IgM                            | 28,00  |
| 28           | EBV IgG                                              | 28,00  |
| 29           | EBV IgM                                              | 28,00  |
| 30           | Toxocara canis                                       | 28,00  |
| 31           | p/ciała p/Bordetella Pertussis IgA                   | 33,00  |
| 32           | p/ciała p/Bordetella Pertussis IgG                   | 28,00  |
| 33           | p/ciała p/Bordetella Pertussis IgM                   | 28,00  |
| 34           | p/ciała p/Yersinia IgA                               | 33,00  |
| 35           | p/ciała p/Yersinia IgG                               | 28,00  |
| 36           | p/ciała p/Yersinia IgM                               | 28,00  |
| 37           | p/ciała IgG p/Rubella                                | 28,00  |
| 38           | p/ciała IgM p/Rubella                                | 28,00  |
| 39           | p/ciała p/HSV IgG                                    | 28,00  |
| 40           | p/ciała p/HSV IgM                                    | 28,00  |
| <b>XVII.</b> | <b>BADANIA TOKSYKOLOGICZNE</b>                       |        |
| 1            | Alkohol etylowy                                      | 55,00  |
| 2            | COHb–Hemoglobina tlenkowąlowa                        | 33,00  |
| 3            | MetHb - Methemoglobina                               | 33,00  |
| 4            | Panel narkotyki w moczu                              | 110,00 |
| 5            | Panel dopalacze w moczu                              | 187,00 |



|               |                                                                     |        |
|---------------|---------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>XVIII.</b> | <b>AUTOIMMUNOLOGIA</b>                                              |        |
| 1             | ANA test przeglądowy                                                | 50,00  |
| 2             | ANA test potwierdzenia (16 antygenów)                               | 121,00 |
| 3             | p/c przeciw kardiolipinowe IgG (antyfosfolipidowe)                  | 44,00  |
| 4             | p/c przeciw kardiolipinowe IgM (antyfosfolipidowe)                  | 44,00  |
| 5             | p/c przeciw beta2 glikoproteinie –1 IgG                             | 55,00  |
| 6             | p/c przeciw beta2 glikoproteinie –1 IgM                             | 55,00  |
| 7             | p/c przeciw MPR (pANCA)                                             | 44,00  |
| 8             | p/c przeciw PR3 (cANCA)                                             | 44,00  |
| 9             | p/c przeciw cytrulinowe (anty-CCP)                                  | 55,00  |
| 10            | p/c przeciw receptorom TSH (TRAb)                                   | 77,00  |
| 11            | p/c przeciw transglutaminazie tkankowej IgA                         | 44,00  |
| 12            | p/c przeciw transglutaminazie tkankowej IgG                         | 44,00  |
| 13            | p/c przeciw gliadynowe IgA                                          | 50,00  |
| 14            | p/c przeciw gliadynowe IgG                                          | 50,00  |
| <b>XIX.</b>   | <b>SEROLOGIA GRUP KRWI</b>                                          |        |
| 1             | Badanie przeglądowe przeciwciał                                     | 25,00  |
| 2             | Grupa krwi w układzie ABO i RhD z badaniem przeglądowym przeciwciał | 35,00  |
| 3             | Bezpośredni test antyglobulinowy (BTA)                              | 22,00  |
| 4             | Krewkarta (dwukrotne oznaczenie grupy krwi + wydruk Krewkarty)      | 55,00  |
| 5             | Wydruk Krewkarty                                                    | 11,00  |
| <b>XX.</b>    | <b>BADANIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE</b>                                |        |
| 1             | Albumina w PMR                                                      | 28,00  |
| 2             | Badanie ogólne PMR                                                  | 66,00  |
| 3             | Białko oligoklonalne w PMR                                          | 275,00 |
| 4             | Mikroskopowa ocena preparatu z PMR                                  | 55,00  |
| 5             | Badanie ogólne płynu stawowego                                      | 66,00  |
| 6             | Badanie płynu z jam ciała – płyn otrzewnowy                         | 55,00  |
| 7             | Badanie płynu z jam ciała – płyn z jamy opłucnej                    | 80,00  |
| 8             | Badanie płynu z jam ciała – płyn osierdziowy                        | 55,00  |
| 9             | Beta-amyloid                                                        | 385,00 |
| 10            | Białko Tau całkowite                                                | 385,00 |
| 11            | Białko Tau fosforylowane                                            | 385,00 |
| 12            | Mielogram                                                           | 110,00 |
| 13            | Grupa krwi w układzie ABO i RhD u noworodka                         | 33,00  |
| 14            | Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anti-D                      | 55,00  |
| 15            | Próba zgodności serologicznej z pierwszą jednostką krwi             | 28,00  |
| 16            | Próba zgodności serologicznej z kolejną jednostką krwi              | 17,00  |
| 17            | Próba zgodności serologicznej dla noworodka                         | 66,00  |
| 18            | Badania konsultacyjne w RCKiK                                       | 600,00 |
| <b>XXI.</b>   | <b>MIKROBIOLOGIA</b>                                                |        |
| 1             | Wymaz z gardła                                                      | 25,00  |
| 2             | Wymaz z nosa                                                        | 25,00  |
| 3             | Wymaz z oka                                                         | 25,00  |
| 4             | Wymaz z ucha                                                        | 25,00  |
| 5             | Wymaz z cewki moczowej                                              | 25,00  |




|              |                                                                         |         |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------|---------|
| 6            | Wymaz z kanału szyjki macicy                                            | 25,00   |
| 7            | Wymaz z pochwy                                                          | 25,00   |
| 8            | Wymaz z prącia                                                          | 25,00   |
| 9            | Wymaz z rany                                                            | 35,00   |
| 10           | Wymaz ze zmian skórnych                                                 | 35,00   |
| 11           | Posiew - mocz                                                           | 25,00   |
| 12           | Posiew - nasienie                                                       | 25,00   |
| 13           | Posiew - płwocina                                                       | 25,00   |
| 14           | Posiew – płyn opłucnowy                                                 | 25,00   |
| 15           | Posiew – płyn otrzewnowy                                                | 25,00   |
| 16           | Posiew - PMR                                                            | 25,00   |
| 17           | Posiew - krew                                                           | 40,00   |
| 18           | Posiew – kał u dorosłych                                                | 35,00   |
| 19           | Posiew – kał u dzieci do lat 2                                          | 35,00   |
| 20           | Posiew – kał SS                                                         | 45,00   |
| 21           | Posiew – w kierunku Yersinia i Campylobacter                            | 66,00   |
| 22           | Posiew – końcówka wkłucia centralnego/cewnika                           | 25,00   |
| 23           | Antybiogram – posiew tlenowy                                            | 45,00   |
| 24           | Antybiogram – posiew beztlenowy                                         | 90,00   |
| 25           | Posiew materiału w kierunku grzybów patogennych                         | 35,00   |
| 26           | Badanie w kierunku dermatofitów                                         | 110,00  |
| 27           | Test lateksowy w PMR                                                    | 55,00   |
| 28           | Mykogram                                                                | 55,00   |
| 29           | Biocenoza pochwy                                                        | 25,00   |
| 30           | GBS                                                                     | 66,00   |
| 31           | Clostridium Difficile GDH+TOX                                           | 100,00  |
| 32           | Kał Rota/Adenowirus test                                                | 22,00   |
| 33           | Norowirus w kale                                                        | 66,00   |
| 34           | Nużeniec                                                                | 55,00   |
| 35           | Sporal                                                                  | 22,00   |
| 36           | Wymaz z gardła kolonizacja MSSA/MRSA                                    | 22,00   |
| 37           | Wymaz z nosa kolonizacja MSSA/MRSA                                      | 22,00   |
| 38           | Wymaz z odbytu kolonizacja MSSA/MRSA                                    | 22,00   |
| 39           | Wymaz lub odcisk                                                        | 39,00   |
| 40           | Wirus grypy A/B RSV                                                     | 275,00  |
| 41           | Wymaz z pochwy na obecność plemników                                    | 60,00   |
| 42           | Wymaz z odbytu – kolonizacja patogenami alarmowymi                      | 72,00   |
| <b>XXII.</b> | <b>NOWOCZESNA DIAGNOSTYKA MIKROFLORY JELIT,<br/>POCHWY ORAZ ALERGII</b> |         |
| 1.           | Imu Pro Compete                                                         | 2190,00 |
| 2.           | Imu Pro Basic                                                           | 1150,00 |
| 3.           | Imu Pro Vegetarian                                                      | 1200,00 |
| 4.           | Kyber Kompact                                                           | 490,00  |
| 5.           | Kyber Kompact PRO                                                       | 740,00  |
| 6.           | Pasożyty(met. immunoenzymatyczna)                                       | 170,00  |
| 7.           | Vagistatus Complete                                                     | 1100,00 |
| 8.           | SigA                                                                    | 170,00  |



|               |                                                    |                        |                      |
|---------------|----------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| 9.            | Zonulina                                           | 299,00                 |                      |
| 10.           | Laktoferyna                                        | 170,00                 |                      |
| 11.           | Dopłata za przygotowanie i wysyłkę próbki do badań | 24,39<br>cena<br>netto | 30,00 cena<br>brutto |
| <b>XXIII.</b> | <b>INNE</b>                                        |                        |                      |
| 1             | Dopłata do badań CITO                              | 30% ceny               |                      |

Istnieje możliwość negocjacji ceny zgodnie z wewnętrzną polityką cenową szpitala.

| <b>3 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię Hematologii i Cytometrii<br/>Przepływowej<br/>tel. 361-36-37</b> |                                                                           |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>L.p.</b>                                                                                                      | <b>Nazwa badania</b>                                                      | <b>Cena netto**</b> |
| <b>I</b>                                                                                                         | <b>HEMATOLOGIA</b>                                                        |                     |
| 1.                                                                                                               | Morfologia krwi z rozdziałem leukocytów                                   | 12,00               |
| 2.                                                                                                               | Mikroskopowy obraz krwi obwodowej                                         | 18,00               |
| 3.                                                                                                               | Retikulocyty                                                              | 15,00               |
| 4.                                                                                                               | Korekta płytek krwi                                                       | 18,00               |
| 5.                                                                                                               | Mielogram                                                                 | 100,00              |
| 6.                                                                                                               | Barwienie cytochemiczne EST: aktywność esterazy nieswoistej w leukocytach | 85,00               |
| 7.                                                                                                               | Barwienie cytochemiczne POX: aktywność mieloperoksydazy w leukocytach     | 85,00               |
| 8.                                                                                                               | Barwienie cytochemiczne PAS: obecność glikogenu w leukocytach             | 85,00               |
| 9.                                                                                                               | Barwienie cytochemiczne: wolne żelazo w szpiku                            | 85,00               |
| 10.                                                                                                              | Barwienie cytochemiczne FAG: aktywność fosfatazy zasadowej granulocytów   | 85,00               |
| <b>II</b>                                                                                                        | <b>KOAGULOGIA</b>                                                         |                     |
| 1.                                                                                                               | Czas korekcji APTT                                                        | 36,00               |
| 2.                                                                                                               | Czas trombinowy                                                           | 20,00               |
| 3.                                                                                                               | Czynnik II                                                                | 80,00               |
| 4.                                                                                                               | Czynnik V                                                                 | 80,00               |
| 5.                                                                                                               | Czynnik VII                                                               | 80,00               |
| 6.                                                                                                               | Czynnik IX                                                                | 80,00               |
| 7.                                                                                                               | Czynnik X                                                                 | 80,00               |
| 8.                                                                                                               | Czynnik XI                                                                | 80,00               |
| 9.                                                                                                               | Czynnik XII                                                               | 80,00               |
| 10.                                                                                                              | Czynnik von Willebranda aktywność                                         | 80,00               |
| 11.                                                                                                              | Czynnik von Willebranda antygen                                           | 80,00               |
| 12.                                                                                                              | Inhibitor czynnika VIII                                                   | 550,00              |
| 13.                                                                                                              | Inhibitor czynnika IX                                                     | 400,00              |
| <b>III</b>                                                                                                       | <b>CYTOMETRIA PRZEPŁYWOWA</b>                                             |                     |



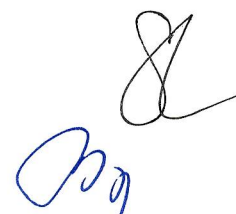


|    |                                                                      |         |
|----|----------------------------------------------------------------------|---------|
| 1  | Immunofenotypowa diagnostyka chłoniaków T - panel rozszerzony        | 900,00  |
| 2  | Immunofenotypowa diagnostyka chłoniaków B - panel rozszerzony        | 850,00  |
| 3  | Immunofenotypowa diagnostyka AML/MDS, ALL-B, ALL-T panel wstępny     | 700,00  |
| 4  | Immunofenotypowa diagnostyka AML/MDS, ALL-B, ALL-T panel rozszerzony | 1350,00 |
| 5  | Immunofenotypowa ocena klonalności komórek B-5 antygenów             | 300,00  |
| 6  | Immunofenotypowa ocena klonalności komórek B-4 antygeny              | 270,00  |
| 7  | Ocena immunofenotypu i klonalności plazmocytów                       | 550,00  |
| 8  | Immunofenotypowanie limfocytów T CD3 CD4/CD8                         | 200,00  |
| 9  | Immunofenotypowanie subpopulacji limfocytów TBNK                     | 300,00  |
| 10 | Oznaczenie antygenu HLA B-27 metodą cytometrii przepływowej          | 150,00  |
| 11 | Oznaczenie komórek macierzystych CD 34+ met. cytometrii przepływowej | 130,00  |
| 12 | Oznaczenie komórek NK CD3-CD16+CD56+ met. cytometrii przepływowej    | 170,00  |
| 13 | Immunofenotypowanie płynów z jam ciała                               | 300,00  |

**4 Usługi świadczone przez Zakład Patomorfologii Klinicznej**  
Tel. 361-31-56

| L.p. | Nazwa badania                                                                                                                                                                                      | Cena netto** | Cena brutto<br>(cena netto +Vat) |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 1.   | Badanie histopatologiczne wycinków (pobranie wycinków wg standardów określonych przez PTP) – za jeden bloczek parafinowy.<br><i>W cenę badania wliczone są niezbędne barwienia histochemiczne.</i> | 30,00        | ZW                               |
| 2.   | Badanie cytologiczne płynów ustrojowych ( z wyjątkiem moczu)                                                                                                                                       | 35,00        | ZW                               |
| 3.   | Badanie cytologiczne moczu                                                                                                                                                                         | 60,00        | ZW                               |
| 4.   | Badanie cytologiczne aspiratów cienkoigłowych – z jednego miejsca pobrania (jednej lokalizacji) zmiany do 3 preparatów                                                                             | 36,00        | ZW                               |
|      | Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z dwóch miejsc pobrania – do 5 preparatów                                                                                                                | 57,00        | ZW                               |
|      | Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z trzech miejsc pobrania – do 7 preparatów                                                                                                               | 78,00        | ZW                               |
|      | Badanie aspiratów cienkoigłowych tarczycy z czterech miejsc pobrania – do 8 preparatów                                                                                                             | 100,00       | ZW                               |
|      | Za każdy następny preparat z tej samej zmiany                                                                                                                                                      | 13,00        | ZW                               |
| 5.   | Biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG – ocena preparatów wykonanych w MSzS Sp. z o.o.                                                                                                     | 60,00        | ZW                               |
| 6.   | Ocena preparatów z powtórnej biopsji cienkoigłowej tarczycy pod kontrolą USG wykonanych w MSzS Sp. z o.o.                                                                                          | 40,00        | ZW                               |
| 7.   | Badanie histochemiczne                                                                                                                                                                             | 25,00        | ZW                               |
| 8.   | Badanie cytologiczne rozmazów ginekologicznych – za jeden rozmaz zawierający materiał z tarczy i szyjki macicy (bez                                                                                | 15,00        | ZW                               |

|                                             |                                                                                                                                                                           |                 |        |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------|
|                                             | pobrania materiału)                                                                                                                                                       |                 |        |
| 9.                                          | Badanie cytologiczne rozmazów ginekologicznych – za jeden rozmaz zawierający materiał z tarczy i szyjki macicy wraz z dostarczeniem szczoteczki i szkiełek mikroskopowych | 16,00           | ZW     |
| 10.                                         | Bad. cytologiczne rozmazów ginekologicznych - z pobraniem materiału w tym:<br>pobranie materiału - 12,00 (Por. Gin.) badanie - 15,00 (Z-d Patomorfologii )                | 27,00           | ZW     |
| 11.                                         | Badanie śródoperacyjne                                                                                                                                                    | 65,00           | ZW     |
| 12.                                         | Dodatkowe badania immunohistochemiczne niezbędne do postawienia rozpoznania                                                                                               | 60,00 za odczyn | ZW     |
| 13.                                         | Badanie immunohistochemiczne na obecność H.pylori                                                                                                                         | 50,00           | ZW     |
| 14.                                         | Oznaczenie receptora HER 2 metodą immunohistochemiczną                                                                                                                    | 75,00           | ZW     |
| 15.                                         | Oznaczenie receptora HER 2 metodą CISH/FISH                                                                                                                               | 400,00          | ZW     |
| 16.                                         | Badanie p16 metodą immunohistochemiczną                                                                                                                                   | 100,00          | ZW     |
| 17.                                         | Anatomopatologiczna sekcja zwłok                                                                                                                                          | 447,15          | 550,00 |
| 18.                                         | Przechowywanie zwłok pacjentów zmarłych poza szpitalem                                                                                                                    | 100,00 za dobę  | 123,00 |
| 19.                                         | Badanie cytologii ginekologicznej na podłożu płynnym ze szczoteczką i pojemnikiem na badanie - LBC                                                                        | 50,00           | ZW     |
| 20.                                         | Konsultacja preparatów – przypadek, bez badań dodatkowych                                                                                                                 | 150,00          | ZW     |
| 21.                                         | Pakiet 1 : LBC + test 14 HR HPV 3 grupy                                                                                                                                   | 145,00          | ZW     |
| 22.                                         | Pakiet 3 : LBC + test 12 HR HPV + 2 LR HPV                                                                                                                                | 150,00          | ZW     |
| 23.                                         | Pakiet 7 : LBC + 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium                                                                              | 185,00          | ZW     |
| 24.                                         | Pakiet : LBC + Test LR HPV : 6 i 11                                                                                                                                       | 120,00          | ZW     |
| 25.                                         | Badanie CINtecPlus – p16+ki67                                                                                                                                             | 250,00          | ZW     |
| <b>Testy molekularne na podłożu płynnym</b> |                                                                                                                                                                           |                 |        |
| 1.                                          | Test 14 HR HPV 3 grupy                                                                                                                                                    | 130,00          | ZW     |
| 2.                                          | Test 12 HR HPV + 2 LR HPV                                                                                                                                                 | 135,00          | ZW     |
| 3.                                          | Pakiet potrójny – 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium                                                                             | 170,00          | ZW     |
| 4.                                          | Test HPV LR: 6 i 11                                                                                                                                                       | 105,00          | ZW     |





| Testy wykonane dodatkowo po wcześniejszym badaniu cytologii ginekologicznej na podłożu płynnym LBC |                                                                                                          |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| 1.                                                                                                 | Test 14 HR HPV 3 grupy                                                                                   | 105,00 | ZW    |
| 2.                                                                                                 | Test 12 HR HPV + 2 LR HPV                                                                                | 120,00 | ZW    |
| 3.                                                                                                 | Pakiet potrójny – 3 patogeny Chlamydia trachomatis, Ureaplasma species, Mycoplasma genitalium            | 150,00 | ZW    |
| 4.                                                                                                 | Test LR : 6 i 11                                                                                         | 90,00  | ZW    |
| INNE                                                                                               |                                                                                                          |        |       |
| 1.                                                                                                 | Opakowanie i wydanie zabezpieczonego materiału ginekologicznego do badania genetycznego w innej placówce | 20,32  | 25,00 |

| 5 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię Kardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny oraz Kliniczny Oddział Kardiologii<br>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                                              | 100,00       |
|                                                                                                                                            | - 48 h                                              | 200,00       |
|                                                                                                                                            | - 72 h                                              | 250,00       |
| 3.                                                                                                                                         | Badanie 24 monitorowanie EKG – 12 odprowadzeń       | 150,00       |
| 4.                                                                                                                                         | Badanie 24h monitorowanie ciśnienia metodą Holtera  | 100,00       |
| 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   | 40,00        |

| 6 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Kardiologiczną dla Dzieci<br>Tel. 361-34-25 |                                                    |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                    | Nazwa badania                                      | Cena netto** |
| 1.                                                                                      | Badanie USG serca dzieci                           | 180,00       |
| 2.                                                                                      | Badanie 24 h monitorowanie EKG metodą Holtera      | 150,00       |
| 3.                                                                                      | Badanie 24h monitorowanie ciśnienia metodą Holtera | 100,00       |



|    |                                                   |       |
|----|---------------------------------------------------|-------|
| 4. | Badanie EKG spoczynkowe – 12 odprowadzeń          | 30,00 |
| 5. | Badanie EKG spoczynkowe z opisem – 12 odprowadzeń | 40,00 |

| <b>7 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię Audiologiczną</b><br><b>Tel. 361-35-95</b> |                                      |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| 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           | 50,00        |
| 6.                                                                                         | VNG                                  | 154,00       |
| 7.                                                                                         | Otoemisja                            | 50,00        |
| 8.                                                                                         | Protezowanie narządu słuchu          | 56,00        |
| 9.                                                                                         | Próba Fowlera                        | 35,00        |
| 10.                                                                                        | Próba Lüschera                       | 35,00        |
| 11.                                                                                        | Próba SISI                           | 35,00        |
| 12.                                                                                        | Próba Stenversa                      | 35,00        |
| 13.                                                                                        | Test czynności trąbek słuchowych     | 35,00        |
| 14.                                                                                        | Test Decay                           | 35,00        |
| 15.                                                                                        | Tympanogram + odruchy strzemiączkowe | 50,00        |

| <b>8 Usługi medyczne świadczone przez Oddział Pulmonologii i Onkologii</b><br><b>Pulmonologicznej oraz Poradnię Chorób Płuc i Gruźlicy</b><br><b>Tel. 361-30-64, 361-30-62, 361-30-60</b> |                                                                                                                                                   |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 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) | 3 000,00     |
| 3.                                                                                                                                                                                        | Punkcja opłucnej (zwykła igła)                                                                                                                    | 200,00       |
| 4.                                                                                                                                                                                        | Spirometria zwykła z oceną                                                                                                                        | 70,00        |
| 5.                                                                                                                                                                                        | Spirometria z próbą rozkurczową lub prowokacyjną                                                                                                  | 90,00        |

|    |                                   |        |
|----|-----------------------------------|--------|
| 6. | 6 minutowy Test chodu (wysiłkowy) | 100,00 |
| 7. | Pulsoksymetr. 1 min.              | 8,00   |
| 8. | Dyfuzja CO (DLCO)                 | 110,00 |
| 9. | Pletyzmografia                    | 170,00 |

## 9 Usługi medyczne z zakresu Okulistyki

Tel. 361-48-45

| L.p. | Nazwa badania                                                                          | Cena netto** |            |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
|      |                                                                                        | jedno oko    | dwoje oczu |
| I.   | <b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE</b>                                                           |              |            |
| 1.   | Autorefraktometria                                                                     | -            | 15,00      |
| 2.   | Autorefraktokeratometria                                                               | -            | 20,00      |
| 3.   | Badanie dna oka z obwodem (Panfundoskopia) z opisem                                    | 50,00        | 100,00     |
| 4.   | Komputerowe badanie pola widzenia                                                      | 40,00        | 80,00      |
| 5.   | Test Schirmera                                                                         | 5,00         | 10,00      |
| 6.   | Badanie poczucia barw                                                                  | 5,00         | 10,00      |
| 7.   | Egzoftalmometria (pomiar wytrzeszczu)                                                  | 10,00        | 20,00      |
| 8.   | Pobranie materiału z worka spojówkowego na badanie bakteriologiczne                    | 20,00        | 40,00      |
| 9.   | Gonioskopia z opisem                                                                   | 20,00        | 40,00      |
| 10.  | TONOMETRIA:                                                                            |              |            |
|      | · Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem aplanacyjnym                           | -            | 20,00      |
|      | · Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego metodą bezkontaktową                              | -            | 15,00      |
| 11.  | Krzywa dzienna ciśnienia śródgałkowego                                                 | -            | 150,00     |
| 12.  | Angiografia fluoresceinowa                                                             | -            | 260,00     |
| 13.  | Angiografia fluoresceinowa z OCT                                                       | -            | 320,00     |
| 14.  | USG gałki ocznej – z opisem                                                            | 50,00        | 100,00     |
| 15.  | USG gałki ocznej UBM                                                                   | 60,00        | 120,00     |
| 16.  | OCT – tomografia siatkówki i plamki lub tarcz                                          | 70,00        | 140,00     |
| 17.  | OCT – tomografia oczna progresji jaskry : OCT GCC + RNFL + topografia nerwu wzrokowego | 80,00        | 160,00     |
| 18.  | Pachymetria na aparacie OCT REVO                                                       | 20,00        | 40,00      |
| 19.  | Pomiar komórek śródbłonna metodą bezdotykową mikroskopem                               | 35,00        | 70,00      |

|             |                                                                                |          |  |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|--|
|             | spektularnym                                                                   |          |  |
| <b>II.</b>  | <b>DROBNE ZABIEGI</b>                                                          |          |  |
| 1.          | Opatrunek oka                                                                  | 10,00    |  |
| 2.          | Usunięcie szwów powiekowych                                                    | 30,00    |  |
| 3.          | Usunięcie szwów spojówkowych                                                   | 50,00    |  |
| 4.          | Usunięcie szwów rogówkowo-twardówkowych                                        | 80,00    |  |
| 5.          | Sprawdzanie drożności dróg łzowych i ich płukanie (procedura oddziałowa)       | 260,00   |  |
| 6.          | Płukanie dróg łzowych (procedura ambulatoryjna)                                | 150,00   |  |
| 7.          | Płukanie worka spojówkowego przy oparzeniu chemicznym                          | 50,00    |  |
| 8.          | Gradówka                                                                       | 300,00   |  |
| 9.          | Iniekcja pod spojówką bez leku                                                 | 50,00    |  |
| 10.         | Iniekcja pozagałkowa bez leku                                                  | 60,00    |  |
| 11.         | Iniekcja doszklistkowa Lucentis, Eylea                                         | 1 200,00 |  |
| 12.         | Usunięcie zmian skórnych powiekowych niezłośliwych                             | 200,00   |  |
| 13.         | Kempki żółte                                                                   | 200,00   |  |
| 14.         | Krioterapia – ciało rzęskowe                                                   | 160,00   |  |
| 15.         | Krioterapia – naczyniówka                                                      | 160,00   |  |
| 16.         | Krioterapia – rogówka                                                          | 110,00   |  |
| 17.         | Nacięcie powiek – ewakuacja, sączkowanie krwiaka lub ropnia – zaopatrzenie     | 200,00   |  |
| 18.         | Skrzydlik – usunięcie                                                          | 1 000,00 |  |
| 19.         | Szycie powieki                                                                 | 200,00   |  |
| 20.         | Szycie rany rogówki lub twardówki                                              | 1 025,00 |  |
| 21.         | Szycie spojówki                                                                | 150,00   |  |
| 22.         | Usunięcie ciała obcego z rogówki                                               | 97,00    |  |
| 23.         | Usunięcie ciała obcego z worka spojówkowego                                    | 60,00    |  |
| <b>III.</b> | <b>ZABIEGI LASEROWE</b>                                                        |          |  |
| 1.          | Laseroterapia przeciw jaskrowa (gonioplastyka, trabekuloplastyka, iridektomia) | 230,00   |  |
| 2.          | Laseroterapia ogniskowa siatkówki – jeden zabieg                               | 230,00   |  |
| 3.          | Panfotokoagulacja – jedna sesja                                                | 230,00   |  |
| 4.          | Przecięcie torby tylnej soczewki (kapsulotomia laserowa)                       | 230,00   |  |





|    |                                                                        |        |
|----|------------------------------------------------------------------------|--------|
| 5. | Konsultacja lekarska w przypadku dyskwalifikacji do zabiegu laserowego | 120,00 |
|----|------------------------------------------------------------------------|--------|

| <b>10 Usługi świadczone przez Pracownię Endoskopii</b><br><b>Tel. 361-33-97</b> |                                                                       |              |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                            | Nazwa badania                                                         | Cena netto** |
| <b>I.</b>                                                                       | <b>GASTROSKOPIA</b>                                                   |              |
| 1.                                                                              | Gastroskopia prosta                                                   | 300,00       |
| 2.                                                                              | Z testem ureazowym                                                    | 350,00       |
| 3.                                                                              | Z biopsją z jednej okolicy (w tym badanie histopatologiczne)          | 400,00       |
| 4.                                                                              | Z biopsją z dwóch okolic ( w tym badanie histopatologiczne)           | 440,00       |
| 5.                                                                              | Ze znieczuleniem                                                      | 600,00       |
| 6.                                                                              | Z ostrzyknięciem krwawiącego naczynia                                 | 550,00       |
| <b>II.</b>                                                                      | <b>REKTOSKOPIA</b>                                                    |              |
| 1.                                                                              | Rektoskopia prosta                                                    | 200,00       |
| 2.                                                                              | Z biopsją + badanie histopatologiczne                                 | 260,00       |
| 3.                                                                              | Z polipektomią + badanie histopatologiczne                            | 600,00       |
| <b>III.</b>                                                                     | <b>FIBEROSIGMOIDOSKOPIA</b>                                           |              |
| 1.                                                                              | Fiberosigmoidoskopia prosta                                           | 330,00       |
| 2.                                                                              | Z biopsją + badanie histopatologiczne                                 | 400,00       |
| 3.                                                                              | Z polipektomią + badanie histopatologiczne                            | 740,00       |
| <b>IV.</b>                                                                      | <b>KOLONOSKOPIA</b>                                                   |              |
| 4.                                                                              | Kolonoskopia prosta                                                   | 550,00       |
| 5.                                                                              | Z biopsją + badanie histopatologiczne                                 | 600,00       |
| 6.                                                                              | Z polipektomią prostą + badanie histopatologiczne ( jeden polip)      | 1 100,00     |
| 7.                                                                              | Z zabiegiem rozszerzenia światła dolnego odcinka przewodu pokarmowego | 2 200,00     |
| 8.                                                                              | Ze znieczuleniem                                                      | 900,00       |

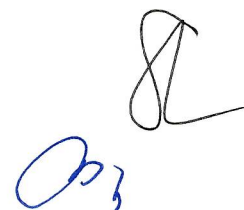
|                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>11 Usługi medyczne świadczone przez Kliniczny Oddział Anestezjologii,<br/>Intensywnej Terapii i Leczenia Bólu</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 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)                                             | 2 400,00     |
| 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 dożylne (do 30 minut)                                                                                 | 400,00       |
| 6.   | Znieczulenie całkowite dożylne (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                                                      | 2 800,00     |
| 10.  | Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe - poród                                                                                  | 2 200,00     |
| 11.  | Znieczulenie splotów lub nerwów obwodowych (do 2 godzin)                                                                     | 900,00       |
| 12.  | Znieczulenie splotów lub nerwów obwodowych (powyżej 2 godzin)                                                                | 1 200,00     |
| 13.  | Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) - zabiegi z zakresu okulistyki                                                     | 300,00       |
| 14.  | Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) – rezonans magnetyczny                                                             | 750,00       |
| 15.  | Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) – tomografia komputerowa                                                           | 300,00       |
| 16.  | Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin) - hemodynamika                                                                     | 750,00       |
| 17.  | Założenie cewnika do żyły centralnej                                                                                         | 700,00       |
| 18.  | Założenie cewnika czasowego do dializy                                                                                       | 1 050,00     |

## 12 Usługi świadczone przez Pracownię Neurofizjologii (EEG)

Tel. 361-32-25

| L.p. | Nazwa badania | Cena netto** |
|------|---------------|--------------|
|------|---------------|--------------|



|    |                        |        |
|----|------------------------|--------|
| 1. | Badanie EEG w czuwaniu | 190,00 |
| 2. | Badanie EEG we śnie    | 220,00 |

**13 Usługi medyczne świadczone przez Pracownię EMG**  
Tel. 361-32-37

| L.p. | Nazwa badania                                                                                              | Cena netto** |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Przewodnictwo czuciowe – badanie jednego nerwu                                                             | 80,00        |
| 2.   | Przewodnictwo ruchowe z falą F dla jednego nerwu                                                           | 100,00       |
| 3.   | Przewodnictwo ruchowe bez fali F dla jednego nerwu                                                         | 80,00        |
| 4.   | Badanie przewodnictwo czuciowe lub ruchowe w jednym nerwie obwodową metodą „krótkich segmentów” („iching”) | 130,00       |
| 5.   | Badanie czynności elektrofizjologicznej mięśnia                                                            | 160,00       |
| 6.   | Próba miasteniczna                                                                                         | 180,00       |
| 7.   | Próba tężyczkowa                                                                                           | 160,00       |

**14 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Ginekologiczną, Kliniczny Oddział Ginekologiczno – Położniczy, Poradnię Laktacyjną**  
Tel. 361-31-76, 361-32-84, 361-48-93

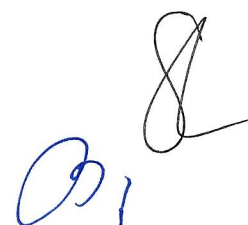
| L.p. | Nazwa badania                                                                                                         | Cena netto** |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | KTG bez analizy                                                                                                       | 50,00        |
| 2.   | USG ciąży                                                                                                             | 120,00       |
| 3.   | USG macicy                                                                                                            | 120,00       |
| 4.   | Kolposkopia                                                                                                           | 300,00       |
| 5.   | Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – pierwszorazowa    | 40,00        |
| 6.   | Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – kolejna           | 30,00        |
| 7.   | Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących poza Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – pierwszorazowa | 70,00        |
| 8.   | Konsultacja laktacyjna dla pacjentek rodzących poza Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. – kolejna        | 50,00        |
| 9.   | Pobranie materiału do badań cytologicznych / mikrobiologicznych                                                       | 12,00        |



**15 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Chirurgii Ogólnej**

Tel. 361-37-73, 361-33-81

| L.p.                                        | Nazwa badania                                                                       | Cena netto** | Cena brutto<br>(cena netto +23%Vat) |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| 1.                                          | Porada zabiegowa (dodatkowe badania płatne odrębnie zgodnie z cennikiem)            | 138,21       | 170,00                              |
| 2.                                          | Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej                                      | 32,52        | 40,00                               |
| <b>ZABIEGI Z UŻYCIEM LASERA FRAKCYJNEGO</b> |                                                                                     |              |                                     |
| 1.                                          | <b>Laserowe usuwanie zmian skórnych (brodawki, kurzajki, włókniaki, gruczolaki)</b> |              |                                     |
|                                             | - jedna zmiana                                                                      | 121,95       | 150,00                              |
|                                             | - każda kolejna zmiana                                                              | 56,91        | 70,00                               |
| 2.                                          | <b>Redukcja blizn</b>                                                               |              |                                     |
|                                             | - pojedyncza blizna (w zależności od wielkości blizny)                              | 81,30-243,90 | 100,00-300,00                       |
| 3.                                          | <b>Redukcja blizn po trądzikowych/ przerośniętych</b>                               |              |                                     |
|                                             | - pojedyncza blizna                                                                 | 81,30-243,90 | 100,00-300,00                       |
|                                             | - twarz                                                                             | 483,74       | 595,00                              |
|                                             | - policzki                                                                          | 325,20       | 400,00                              |
|                                             | - czoło                                                                             | 243,90       | 300,00                              |
| 4.                                          | <b>Likwidacja rozstępów</b>                                                         |              |                                     |
|                                             | - pojedynczy rozstęp                                                                | 81,30        | 80,00                               |
|                                             | - ramiona                                                                           | 483,74       | 450,00                              |
|                                             | - piersi                                                                            | 483,74       | 450,00                              |
|                                             | - brzuch                                                                            | 406,50       | 500,00                              |
|                                             | - biodra                                                                            | 325,20       | 400,00                              |
|                                             | - pośladki                                                                          | 406,50       | 500,00                              |
|                                             | - uda                                                                               | 406,50       | 500,00                              |



**16 Usługi medyczne świadczone przez Poradnię Chirurgii Onkologicznej**  
Tel. 361-37-74, 361-30-24

| L.p. | Nazwa badania                                                            | Cena netto** | Cena brutto<br>(cena netto +23%Vat) |
|------|--------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| 3.   | Porada zabiegowa (dodatkowe badania płatne odrębnie zgodnie z cennikiem) | 138,21       | 170,00                              |
| 4.   | Opieka pielęgniarska podczas porady lekarskiej                           | 32,52        | 40,00                               |

**17 Usługi medyczne świadczone przez Zakład Fizjoterapii**  
Tel. 361-32-30

| L.p. | Nazwa badania                                     | Cena netto** |
|------|---------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Galwanizacja                                      | 7,00         |
| 2.   | Ćwiczenia bierne                                  | 25,00        |
| 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 | 40,00        |
| 8.   | Elektrostymulacja                                 | 7,00         |
| 9.   | Elektrostymulacja punktowa (n. twarzowy)          | 15,00        |
| 10.  | Jonoforeza                                        | 7,00         |
| 11.  | Krioterapia                                       | 12,00        |
| 12.  | Laser                                             | 7,00         |
| 13.  | Laser punktowy                                    | 10,00        |
| 14.  | Magnetoterapia                                    | 7,00         |
| 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)                | 7,00         |
| 21.  | Prądy diadynamiczne                               | 7,00         |
| 22.  | Prądy Kozt'a                                      | 7,00         |
| 23.  | Sollux / Biopton (światłolecznictwo)              | 7,00         |
| 24.  | TENS                                              | 7,00         |
| 25.  | Ultradźwięki                                      | 9,00         |
| 26.  | Fonoforeza                                        | 9,00         |
| 27.  | Wyciągi                                           | 20,00        |
| 28.  | Ćwiczenia rehabilitacyjne w basenie               | 30,00        |
| 29.  | Masaż podwodny całkowity z masażem ręcznym        | 30,00        |
| 30.  | Kąpiel perełkowa                                  | 20,00        |




|     |                                                             |       |
|-----|-------------------------------------------------------------|-------|
| 31. | Masaż wirowy kończyn górnych                                | 20,00 |
| 32. | Masaż wirowy kończyn dolnych                                | 20,00 |
| 33. | Masaż limfatyczny-mechaniczny                               | 20,00 |
| 34. | Prądy Nemeca                                                | 7,00  |
| 35. | Pole Magnetyczne                                            | 7,00  |
| 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                               | 7,00  |
| 43. | Krioterapia ogólnoustrojowa – kriokomora                    | 40,00 |
| 44. | Diagnostyka funkcjonalna i indywidualna kompleksowa terapia | 60,00 |

| 18 Inne usługi                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| L.p.                                                                                          | Nazwa badania                                                                                                                                                                                                                                    | Cena netto** | Cena brutto<br>(cena netto +Vat) |
| 1.                                                                                            | Konsultacja specjalistyczna dla jednostek zewnętrznych (cena konsultacji udzielanej przez specjalistę bez kosztów dojazdu)<br><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<br><i>(Wszelkie badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb konsultacji płatne osobno wg cennika szczegółowego).</i>                                       | 420,00       | ZW                               |
| 3.                                                                                            | Konsultacja na podstawie przesłanej dokumentacji medycznej z zewnętrznych jednostek                                                                                                                                                              | 130,00       | ZW                               |
| 4.                                                                                            | Orzeczenie lub zaświadczenie związane z ustaleniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, nie objętych katalogiem świadczeń finansowanych przez NFZ wydane dla podmiotu zlecającego (np. ZUS, KRUS, PZU lub inny)                           | 41,00        | 50,43                            |
| <b>Orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy - pacjenta</b> |                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                                  |
| 5.                                                                                            | Orzeczenie lub zaświadczenie związane z ustaleniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, nie objęte katalogiem świadczeń finansowanych przez NFZ                                                                                           | 41,00        | 50,43                            |
| 6.                                                                                            | Orzeczenie lub zaświadczenie o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych                                                                                                                                                                   | 102,00       | 125,46                           |





**19 Szpitalny Oddział Ratunkowy**  
**Cena procedury wykonywanej w SOR**  
**dla pacjentów UE, pacjentów nieubezpieczonych**

| L.p. | Nazwa usługi medycznej                                                                                                                                                             | Cena netto** |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.   | Porada lekarska w SOR                                                                                                                                                              | 130,00       |
| 2.   | Konsultacja specjalistyczna w SOR                                                                                                                                                  | 150,00       |
| 3.   | Opieka pielęgniarska                                                                                                                                                               | 40,00        |
| 4.   | Pobyt na obserwacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym od 12 godz. do 24 godz.<br><br><i>(Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane w SOR oraz za leki płatne osobno wg cennika)</i> | 270,00       |
|      | Pobyt na obserwacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym za każdą następną dobę.<br><br><i>(Wszelkie badania diagnostyczne wykonywane w SOR oraz za leki płatne osobno wg cennika)</i> | 250,00       |
| 5.   | Monitorowanie ciśnienia                                                                                                                                                            | 8,00         |
| 6.   | Pulsoksymetria                                                                                                                                                                     | 8,00         |
| 7.   | Elektrokardiografia                                                                                                                                                                | 18,00        |
| 8.   | Tlenoterapia                                                                                                                                                                       | 18,00        |
| 9.   | Cewnikowanie żył /Założenie dostępu dożylnego (venflon)                                                                                                                            | 17,00        |
| 10.  | Cewnikowanie pęcherza moczowego                                                                                                                                                    | 65,00        |
| 11.  | Farmakoterapia domięśniowa (bez kosztu podanego leku)                                                                                                                              | 15,00        |
| 12.  | Farmakoterapia podskórna (bez kosztu podanego leku )                                                                                                                               | 15,00        |
| 13.  | Pobranie materiału do badań laboratoryjnych                                                                                                                                        | 15,00        |
| 14.  | Wstrzyknięcie /Infuzja elektrolitów (bez kosztu podanego leku)                                                                                                                     | 23,00        |
| 15.  | Aspiracja stawu                                                                                                                                                                    | 57,00        |
| 16.  | Podanie anatoksyny tężcowej                                                                                                                                                        | 7,00         |
| 17.  | Wlewka doodbytnicza                                                                                                                                                                | 50,00        |
| 18.  | Płukanie rany                                                                                                                                                                      | 67,00        |
| 19.  | Założenie lub zmiana opatrunku                                                                                                                                                     | 44,00        |
| 20.  | Tamponada nosa przy krwotoku                                                                                                                                                       | 72,00        |
| 21.  | Usunięcie ciała obcego z nosa/ ucha bez nacięcia                                                                                                                                   | 46,00        |
| 22.  | Usunięcie ciała obcego z przedniej części gałki                                                                                                                                    | 97,00        |
| 23.  | Zaopatrzenie urazu oka/oczodołu                                                                                                                                                    | 145,00       |
| 24.  | Usunięcie ciała obcego za skóry i tk. podskórnej z nacięciem                                                                                                                       | 29,00        |
| 25.  | Aspiracja krwiaka paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej                                                                                                                           | 97,00        |
| 26.  | Usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia lub obróbka naskórkowego                                                                                                                    | 101,00       |
| 27.  | Inne oczyszczenie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania                                                                                                                      | 87,00        |
| 28.  | Nacięcie zmiany ropnej                                                                                                                                                             | 110,00       |
| 29.  | Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki                                                                                                                                | 167,00       |
| 30.  | Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długość do 4,00 cm                                                                                                              | 173,00       |
| 31.  | Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, poniżej 4 ran                                                                                                                       | 249,00       |
| 32.  | Znieczulenie miejscowe powierzchniowe                                                                                                                                              | 48,00        |
| 33.  | Założenie unieruchomienia gipsowego – Unieruchomienie kończyny dolnej                                                                                                              | 144,00       |
| 34.  | Założenie unieruchomienia gipsowego – Unieruchomienie kończyny górnej                                                                                                              | 126,00       |




|     |                                            |        |
|-----|--------------------------------------------|--------|
| 35. | Założenie innego unieruchomienia gipsowego | 151,00 |
| 36. | Założenie innej szyny unieruchamiającej    | 88,00  |

| <b>20 Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej</b><br><b>Cena procedury wykonywanej w Ambulatorium Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej dla pacjentów UE i pacjentów nieubezpieczonych</b> |                                                                 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------|
| L.p.                                                                                                                                                                                                    | Nazwa usługi medycznej                                          | Cena netto** |
| 1.                                                                                                                                                                                                      | Porada lekarska                                                 | 68,00        |
| 2.                                                                                                                                                                                                      | Opieka pielęgniarska                                            | 13,00        |
| 3.                                                                                                                                                                                                      | Monitorowanie ciśnienia                                         | 8,00         |
| 4.                                                                                                                                                                                                      | Elektrokardiografia                                             | 18,00        |
| 5.                                                                                                                                                                                                      | Tlenoterapia                                                    | 18,00        |
| 6.                                                                                                                                                                                                      | Cewnikowanie żył / Założenie dostępu dożylnego                  | 17,00        |
| 7.                                                                                                                                                                                                      | Cewnikowanie pęcherza moczowego                                 | 65,00        |
| 8.                                                                                                                                                                                                      | Farmakoterapia domięśniowa (bez kosztu podanego leku )          | 15,00        |
| 9.                                                                                                                                                                                                      | Farmakoterapia podskórna (bez kosztu podanego leku )            | 15,00        |
| 10.                                                                                                                                                                                                     | Wlewka doodbytnicza                                             | 50,00        |
| 11.                                                                                                                                                                                                     | Wstrzyknięcie / infuzja elektrolitów (bez kosztu podanego leku) | 23,00        |
| 12.                                                                                                                                                                                                     | Założenie lub zmiana opatrunku                                  | 44,00        |

**\*\* 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 2021r., poz. 685 z późn.zm.). Usługi medyczne służące innym celom niż w/w podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

| <b>VI. Cennik usług transportowych jednorazowych (stanowiący zał. Nr 6 do Regulaminu Organizacyjnego)</b> |                                                                     |                                 |                           |                        |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|
| L.p.                                                                                                      | Rodzaj pojazdu                                                      | Cena najmu za 1 godz. /netto/** | Stawka VAT<br>Cena brutto | Cena za 1 km /netto/** | Stawka VAT<br>Cena brutto |
| 1.                                                                                                        | Samochód sanitarny (karetka)                                        | 30,00                           | ZW                        | 3,00                   | ZW                        |
| 2.                                                                                                        | Karetka Specjalistyczna (Lekarz, Ratownik Medyczny, Kierowca )      | 280,00                          | ZW                        | 3,00                   | ZW                        |
| 3.                                                                                                        | Karetka Podstawowa (Kierowca Ratownik Medyczny, Ratownik Medyczny ) | 250,00                          | ZW                        | 3,00                   | ZW                        |
| 4.                                                                                                        | Samochód dostawczy                                                  | 28,00                           | 23%<br>34,44              | 3,00                   | 23%<br>3,69               |
| 5.                                                                                                        | Samochód osobowy                                                    | 28,00                           | 8%<br>30,24               | 3,00                   | 8%<br>3,24                |

1. Przy wynajmie karetek do zabezpieczenia imprez sportowych:



- karetka asysty medyczne z 2 ratownikami -250 zł /brutto/ za godzinę + 3,00 za km,
- 2. Przy wynajmie karetki z noszowym do ceny 1 godz. najmu dolicza się 30 zł /brutto/.
- 3. W przypadku transportu sanitarnego poza granice kraju do ceny za 1 km dolicza się 1,00 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 2021r., poz.685 z późn.. zmianami ). Usługi transportowe służące przewozowi osób lub innym celom, podlegają opodatkowaniu stawką VAT zgodnie z obowiązującymi przepisami.

| VII. Cennik opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób i instytucji uprawnionych do pochowania zwłok (stanowiący zał. Nr 10 do Regulaminu Organizacyjnego) |                                                                                                                                        |                  |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| L.p.                                                                                                                                                                                              | Wyszczególnienie                                                                                                                       | Cena netto       | Cena brutto<br>(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 | 100,0<br>za dobę | 123,00                              |

### VIII. Cennik pozostałych usług

| Cennik wynajmu auli i salek dydaktycznych w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym przy ul. Juliana Aleksandrowicza 5<br>tel. 361-49-07, 361-39-42 |                                                                                             |                              |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| L.p.                                                                                                                                              | Rodzaj usługi                                                                               | Cena netto                   | Cena brutto<br>(cena netto +23%Vat) |
| 1.                                                                                                                                                | Wynajęcie Auli (do czterech godzin)                                                         | 240,00<br>(za każdą godzinę) | 295,20<br>(za każdą godzinę)        |
| 2.                                                                                                                                                | Wynajęcie Auli ze sprzętem i obsługą multimedialną (do czterech godzin)                     | 270,00<br>(za każdą godzinę) | 332,10<br>(za każdą godzinę)        |
| 3.                                                                                                                                                | Wynajęcie Auli na jeden dzień (powyżej czterech godzin)                                     | 1.200,00                     | 1476,00                             |
| 4.                                                                                                                                                | Wynajęcie Auli ze sprzętem i obsługą multimedialną na jeden dzień (powyżej czterech godzin) | 1.300,00                     | 1599,00                             |






|    |                                                      |                        |                        |
|----|------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| 5. | Wynajęcie sali dla celów komercyjnych do dwóch godz. | 130,00<br>(za godzinę) | 159,90<br>(za godzinę) |
|    | Za każdą kolejną godz.                               | 70,00                  | 86,10                  |

| Pozostałe usługi |                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        |                                      |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| L.p.             | Rodzaj usługi                                                                                                                                                                                                                         | Cena netto                                             | Cena brutto<br>(cena netto +23% Vat) |
| 1.               | Zgubienie breloka – numeru szatniowego                                                                                                                                                                                                | 20,33                                                  | 25,00                                |
| 2.               | Opłata za dorobienie klucza                                                                                                                                                                                                           | 4,88                                                   | 6,00                                 |
| 3.               | Opłata za wymianę zamka w szafce                                                                                                                                                                                                      | 20,33                                                  | 25,00                                |
| 4.               | Opłata za wjazd na parking                                                                                                                                                                                                            | opłata wg cennika ustalonego przez dzierżawcę parkingu |                                      |
| 5.               | Praktyki studenckie i zawodowe – odpłatność indywidualna                                                                                                                                                                              |                                                        |                                      |
|                  | Stawka za jedną godzinę                                                                                                                                                                                                               | 2,58                                                   | 3,17                                 |
| 6.               | Praktyki studenckie i zawodowe – odpłatność indywidualna w czasie zagrożenie epidemicznego                                                                                                                                            |                                                        |                                      |
|                  | Stawka za jedną godzinę                                                                                                                                                                                                               | 2,17                                                   | 2,67                                 |
| 7.               | Dodatkowa, obowiązkowa opłata za środki ochrony osobistej, zgodne z obowiązującymi procedurami epidemiologicznymi za każdy dzień praktyki studenckiej, zawodowej, zajęć praktycznych oraz stażowych w czasie zagrożenia epidemicznego |                                                        |                                      |
|                  | Oddziały Szpitalne ( łącznie z SOR)                                                                                                                                                                                                   | 3,66                                                   | 4,50                                 |
|                  | Poradnie Specjalistyczne                                                                                                                                                                                                              | 3,50                                                   | 4,31                                 |
|                  | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej                                                                                                                                                                                                     | 3,50                                                   | 4,31                                 |
|                  | Zakład Diagnostyki Obrazowej, Zakład Fizjoterapii                                                                                                                                                                                     | 3,66                                                   | 4,50                                 |
|                  | Centralna Sterylizatornia                                                                                                                                                                                                             | 3,50                                                   | 4,31                                 |
|                  | Apteka                                                                                                                                                                                                                                | 2,78                                                   | 3,42                                 |
|                  | Kliniczny Zakład Patomorfologii – zajęcia laboratoryjne                                                                                                                                                                               | 4,86                                                   | 5,98                                 |
|                  | Kliniczny Zakład Patomorfologii – ćwiczenia sekcyjne                                                                                                                                                                                  | 22,47                                                  | 27,64                                |
| 8.               | 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                                                                                                                                                                                                | 1,28                                                   | 1,57                                 |