

## CENNIK ZA USŁUGI MEDYCZNE I INNE

### Cennik opłat nr 1 za świadczenia medyczne wykonywane w dziennym ośrodku rehabilitacji

| Lp.                  | Nazwa zabiegu                        | Cena brutto (zł) |
|----------------------|--------------------------------------|------------------|
| <b>Fizjoterapia</b>  |                                      |                  |
| 1.                   | Diatermia                            | 15,00            |
| 2.                   | Elektrostymulacja                    | 15,00            |
| 3.                   | Galwanizacja                         | 15,00            |
| 4.                   | Jonoforeza                           | 15,00            |
| 5.                   | Krioterapia                          | 20,00            |
| 6.                   | Laseroterapia                        | 15,00            |
| 7.                   | Prądy diadynamiczne                  | 15,00            |
| 8.                   | Prądy interferencyjne                | 15,00            |
| 9.                   | Prądy TENS                           | 15,00            |
| 10.                  | Prądy Traberta                       | 10,00            |
| 11.                  | Ultradźwięki                         | 15,00            |
| 12.                  | Pole magnetyczne                     | 15,00            |
| 13.                  | Sollux                               | 10,00            |
| 14.                  | Kąpiel wirowa kończyn                | 20,00            |
| <b>Masaż</b>         |                                      |                  |
| 15.                  | Masaż częściowy kręgosłupa           | 50,00            |
| 16.                  | Masaż całego kręgosłupa              | 70,00            |
| 17.                  | Masaż kończyny górnej                | 40,00            |
| 18.                  | Masaż kończyny dolnej                | 40,00            |
| 19.                  | Masaż całego ciała                   | 120,00           |
| 20.                  | Drenaż limfatyczny                   | 100,00           |
| 21.                  | Masaż mechaniczny aquavibron         | 30,00            |
| <b>Kinezyterapia</b> |                                      |                  |
| 22.                  | Kinezyterapia indywidualna – 30 min. | 80,00            |
| 23.                  | Kinezyterapia indywidualna – 60 min. | 100,00           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                |                |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------|--------|
| 24.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ćwiczenia (czynne, samowspomagane, w odciążeniu, izometryczne) |                | 40,00  |
| 25.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Wizyta diagnostyczno – terapeutyczna z terapią manualną        |                | 120,00 |
| 26.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ćwiczenia grupowe                                              |                | 20,00  |
| 27.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Kinesiology tapping                                            | aplikacja mała | 30,00  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                | aplikacja duża | 50,00  |
| 28.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Gimnastyka korekcyjna                                          |                | 40,00  |
| 29.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Kompleksowa Terapia Obrzęków                                   |                | 120,00 |
| Rehabilitacja dzieci                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                |                |        |
| 30.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Wizyta diagnostyczno – terapeutyczna                           |                | 120,00 |
| 31.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Terapia (NDT Bobath, Vojta) – 30 min.                          |                | 90,00  |
| 32.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Terapia (NDT Bobath, Vojta) – 60 min.                          |                | 130,00 |
| Pakiety                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                |                |        |
| Pakiet diagnostyczno - terapeutyczny- ortopedyczny                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                |        |
| Wskazania:                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                |        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• choroba zwyrodnieniowa stawów</li><li>• choroby reumatyczne</li><li>• stan po zabiegach endoprotezoplastyki biodra/ kolana/ barku itd.</li><li>• stan po urazach, tj. złamania/ skręcenia</li><li>• stan po rekonstrukcji więzadeł</li></ul> |                                                                |                |        |
| Obejmuje:                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |                |        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• kinezyterapia indywidualna- 30 min + kinesiology tapping</li><li>• 2 indywidualnie dobrane zabiegi fizykoterapeutyczne</li><li>• masaż mechaniczny- aquavibron</li></ul>                                                                     |                                                                |                |        |
| W cenie pakietu uwzględniono konsultację diagnostyczną wykonaną przez specjalistę fizjoterapii przy pierwszej wizycie.                                                                                                                                                               |                                                                |                |        |
| 33.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Pakiet diagnostyczno – terapeutyczny ortopedyczny – 5 dni      |                | 400,00 |
| 34.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Pakiet diagnostyczno – terapeutyczny ortopedyczny – 10 dni     |                | 700,00 |
| Pakiet diagnostyczno – terapeutyczny neurologiczny                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                |                |        |
| Wskazania:                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                |                |        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ stan po udarze mózgu</li><li>▪ choroby układu nerwowego (SM, Ch.Parkinsona)</li><li>▪ uszkodzenia nerwów obwodowych</li></ul>                                                                                                                |                                                                |                |        |
| Obejmuje:                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                |                |        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ kinezyterapia indywidualna- 60 min + kinesiology tapping</li><li>▪ 2 indywidualnie dobrane zabiegi fizykoterapeutyczne</li></ul>                                                                                                             |                                                                |                |        |
| W cenie pakietu uwzględniono konsultację diagnostyczną wykonaną przez specjalistę fizjoterapii przy pierwszej wizycie.                                                                                                                                                               |                                                                |                |        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                             |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------|
| 35.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pakiet diagnostyczno – terapeutyczny neurologiczny – 5 dni  | 400,00 |
| 36.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pakiet diagnostyczno – terapeutyczny neurologiczny – 10 dni | 700,00 |
| <b>Pakiet „Zdrowy Kręgosłup”</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |        |
| <b>Wskazania:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ delikatne, przeciążeniowe dolegliwości bólowe kręgosłupa</li> </ul>                                                                                                                                                                             |                                                             |        |
| Obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kinezyterapia indywidualna- 30 min</li> <li>▪ 2 indywidualnie dobrane zabiegi fizykoterapeutyczne</li> <li>▪ masaż mechaniczny aquavibron</li> <li>▪ edukacja pacjenta w zakresie profilaktyki przeprowadzoną przez specjalistę fizjoterapii</li> </ul> |                                                             |        |
| W cenie pakietu uwzględniono konsultację diagnostyczną wykonaną przez specjalistę fizjoterapii przy pierwszej wizycie.                                                                                                                                                                                     |                                                             |        |
| 37.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pakiet „Zdrowy Kręgosłup” - 5 dni                           | 400,00 |
| 38.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pakiet „Zdrowy Kręgosłup” - 10 dni                          | 700,00 |
| <b>Pakiet „SOS dla Kręgosłupa”</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |        |
| <b>Wskazania:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nagłe dolegliwości bólowe kręgosłupa, takie jak: postrzał, przewiania, ostre dolegliwości bólowe</li> </ul>                                                                                                                                     |                                                             |        |
| Obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kompleksową wizytę diagnostyczno- terapeutyczną</li> <li>▪ 2 indywidualnie dobrane zabiegi fizykoterapeutyczne</li> <li>▪ masaż</li> </ul>                                                                                                              |                                                             |        |
| W cenie pakietu uwzględniono konsultację diagnostyczną wykonaną przez specjalistę fizjoterapii podczas wizyty.                                                                                                                                                                                             |                                                             |        |
| 39.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pakiet „SOS dla Kręgosłupa” ( 1 raz)                        | 150,00 |
| <b>Pakiet „SOS dla Stawów”</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |        |
| <b>Wskazania:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kontuzje i urazy kończyn górnych i dolnych, takie jak: naciągnięcia ścięgien i mięśni, skręcenia, nadwyrężenia stawów</li> </ul>                                                                                                                |                                                             |        |
| Obejmuje: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kompleksową wizytę diagnostyczno- terapeutyczną</li> <li>• 1 indywidualnie dobrany zabieg fizykalny</li> </ul>                                                                                                                                          |                                                             |        |
| W cenie pakietu uwzględniono konsultację diagnostyczną wykonaną przez specjalistę fizjoterapii podczas wizyty.                                                                                                                                                                                             |                                                             |        |
| 40.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pakiet „SOS dla Stawów” (1 raz)                             | 150,00 |

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                         |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Pakiet „Rehabilitacja Domowa”</b>                                                                                                                                                                              |                                                                         |         |
| W cenie pakietu uwzględniono konsultację diagnostyczną wykonaną przez specjalistę fizjoterapii przy pierwszej wizycie.                                                                                            |                                                                         |         |
| 41.                                                                                                                                                                                                               | Pakiet „Rehabilitacja Domowa” - 30 min. terapii (10 dni)                | 1000,00 |
| 42.                                                                                                                                                                                                               | poza pakietem rehabilitacja w domu pacjenta 30 min. terapii             | 150,00  |
| 43.                                                                                                                                                                                                               | Pakiet „Rehabilitacja Domowa” - 60 min. terapii (10 dni)                | 1100,00 |
| 44.                                                                                                                                                                                                               | poza pakietem rehabilitacja w domu pacjenta 60 min. terapii             | 150,00  |
| <b>Pakiet „Gimnastyka Korekcyjna”</b>                                                                                                                                                                             |                                                                         |         |
| W cenie pakietu uwzględniono konsultację diagnostyczną wykonaną przez specjalistę fizjoterapii przy pierwszej wizycie.                                                                                            |                                                                         |         |
| Obejmuje: 10 sesji indywidualnie dobranej gimnastyki korekcyjnej + instruktaż do domu                                                                                                                             |                                                                         |         |
| 45.                                                                                                                                                                                                               | Pakiet „Gimnastyka Korekcyjna” (10 sesji)                               | 400,00  |
| <b>Pakiet „BABY” - dla niemowląt</b>                                                                                                                                                                              |                                                                         |         |
| 46.                                                                                                                                                                                                               | Pakiet „BABY” - dla niemowląt – 30 min. - 5 wizyt + instruktaż do domu  | 400,00  |
| 47.                                                                                                                                                                                                               | Pakiet „BABY” - dla niemowląt – 30 min. - 10 wizyt + instruktaż do domu | 700,00  |
| 48.                                                                                                                                                                                                               | Pakiet „BABY” - dla niemowląt – 60 min. - 5 wizyt + instruktaż do domu  | 500,00  |
| 49.                                                                                                                                                                                                               | Pakiet „BABY” - dla niemowląt – 60 min. - 10 wizyt + instruktaż do domu | 700,00  |
| <b>Pakiet – Kompleksowa terapia obrzęków</b>                                                                                                                                                                      |                                                                         |         |
| <b>Wskazania:</b>                                                                                                                                                                                                 |                                                                         |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>pacjenci cierpiący na obrzęki limfatyczne kończyn dolnych i górnych ze szczególnym uwzględnieniem kobiet po amputacji piersi i osób z obrzękiem kończyn dolnych</li> </ul> |                                                                         |         |
| Obejmuje:                                                                                                                                                                                                         |                                                                         |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>drenaż limfatyczny</li> <li>bandażowanie</li> </ul>                                                                                                                        |                                                                         |         |
| 50.                                                                                                                                                                                                               | Pakiet – Kompleksowa terapia obrzęków – 5 wizyt                         | 700,00  |
| 51.                                                                                                                                                                                                               | Pakiet – Kompleksowa terapia obrzęków – 10 wizyt                        | 1200,00 |
| <b>Pakiet/zabieg – Super Indukcyjna Stymulacja - SIS</b>                                                                                                                                                          |                                                                         |         |
| W cenie pakietu uwzględniono konsultację fizjoterapeutyczną wykonaną przy pierwszej wizycie.                                                                                                                      |                                                                         |         |
| 52.                                                                                                                                                                                                               | Zabieg SIS – 1 zabieg                                                   | 100,00  |
| 53.                                                                                                                                                                                                               | Zabieg SIS – 3 zabiegi (pakiet)                                         | 250,00  |
| 54.                                                                                                                                                                                                               | Zabieg SIS – 5 zabiegów (pakiet)                                        | 400,00  |
| 55.                                                                                                                                                                                                               | Zabieg SIS – 8 zabiegów (pakiet)                                        | 600,00  |
| 56.                                                                                                                                                                                                               | Zabieg SIS – 10 zabiegów (pakiet)                                       | 750,00  |
| <b>Za porady specjalistyczne</b>                                                                                                                                                                                  |                                                                         |         |
| 57.                                                                                                                                                                                                               | Porada /terapia logopedyczna ( 30 minut)                                | 120,00  |
| 58.                                                                                                                                                                                                               | Porada /terapia psychologiczna ( 30 minut)                              | 120,00  |

|     |                                        |        |
|-----|----------------------------------------|--------|
| 59. | Porada/terapia pedagogiczna (30 minut) | 120,00 |
|-----|----------------------------------------|--------|

\* Cena kinesiologii tappingu nie obejmuje kosztów plastra

\* ZAŚWIADCZENIA o przebiegu rehabilitacji wydawane są BEZPŁATNIE

\* Pakiety do wykorzystania są przez okres 5 miesięcy od daty wykupienia

\* Za niewykorzystane wizyty z pakietów nie zwracamy opłaty

## Cennik opłat nr 2 za badania diagnostyczne (USG, EKG) wykonywane w gabinetach diagnostyczno-zabiegowych, pracowniach, poradniach

| Lp. | Nazwa zabiegu                                                                                                           | Cena brutto (zł) |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1.  | UKG serca                                                                                                               | 130,00           |
| 2.  | USG jamy brzusznej                                                                                                      | 130,00           |
| 3.  | USG jamy brzusznej u dzieci                                                                                             | 140,00           |
| 4.  | USG DOPPLER tętniczy kończyny dolnej jedna strona                                                                       | 160,00           |
| 5.  | USG DOPPLER żylny kończyny dolnej jedna strona                                                                          | 160,00           |
| 6.  | USG DOPPLER tętnic szyjnych i kręgowych                                                                                 | 160,00           |
| 7.  | USG tarczycy                                                                                                            | 140,00           |
| 8.  | USG sutków                                                                                                              | 160,00           |
| 9.  | USG jednego sutka                                                                                                       | 80,00            |
| 10. | BAC pod kontrolą USG (sutki, tarczyca) z pobraniem wycinka/ów do badania histopatologicznego/cytologicznego)*           | 330,00           |
| 11. | BAC pod kontrolą USG (2 sutki, 2 płyty tarczycy) z pobraniem wycinka/ów do badania histopatologicznego/cytologicznego)* | 350,00           |
| 12. | BAC pod kontrolą USG (3 miejsca) z pobraniem wycinka/ów do badania histopatologicznego/cytologicznego)*                 | 380,00           |
| 13. | TVS macicy i przydatków                                                                                                 | 120,00           |
| 14. | USG ciąży                                                                                                               | 120,00           |
| 15. | USG układu moczowego                                                                                                    | 100,00           |
| 16. | USG szyi/ślinianek                                                                                                      | 80,00            |
| 17. | USG tkanek miękkich (powłok)                                                                                            | 80,00            |
| 18. | USG jąder                                                                                                               | 80,00            |
| 19. | Badanie histopatologiczne 1 bloczek                                                                                     | 40,00            |
| 20. | Badanie cytologiczne                                                                                                    | 20,00            |

\* do ceny badania należy doliczyć koszt badania histopatologicznego za każdy bloczek (po otrzymaniu wyniku badania pacjent może zostać obciążony dodatkowymi kosztami związanymi z koniecznością wydzielenia kolejnych bloków niezbędnych do przeprowadzenia badania histopatologicznego)/koszt badania cytologicznego.

| <b>Badania elektrokardiograficzne – EKG</b> |                                                                |        |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------|
| 21.                                         | EKG                                                            | 30,00  |
| 22.                                         | EKG z opisem                                                   | 50,00  |
| 23.                                         | Próba wysiłkowa na ergometrze rowerowym lub na bieżni ruchomej | 200,00 |
| 24.                                         | Holter EKG                                                     | 150,00 |
| 25.                                         | Holter RR                                                      | 150,00 |

**Cennik opłat nr 3**  
**za badania wykonywane w pracowni endoskopowej**

| <b>Lp.</b> | <b>Nazwa zabiegu</b>                                                                       | <b>Cena brutto (zł)</b> |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1.         | Panendoskopia/gastroskopia/+test ureazowy*                                                 | 320,00                  |
| 2.         | Gastroskopia z biopsją (z pobraniem 1 wycinka do badania histopatologicznego) *            | 350,00                  |
| 3.         | Gastroskopia z biopsją (z pobraniem 2 i więcej wycinków do badania histopatologicznego)*   | 460,00                  |
| 4.         | Kolonoskopia długa                                                                         | 450,00                  |
| 5.         | Kolonoskopia krótka - /fiberoskopia/                                                       | 380,00                  |
| 6.         | Kolonoskopia z biopsją (z pobraniem 2 lub więcej wycinków do badania histopatologicznego)* | 540,00                  |
| 7.         | Kolonoskopia z biopsją (z pobraniem 1 wycinka do badania histopatologicznego)*             | 500,00                  |
| 8.         | Recto - sigmoidoskopia*                                                                    | 300,00                  |
| 9.         | Recto – sigmoidoskopia (z pobraniem 1 wycinka do badania histopatologicznego)*             | 300,00                  |
| 10.        | Recto – sigmoidoskopia (z pobraniem 2 i więcej wycinków do badania histopatologicznego)*   | 360,00                  |
| 11.        | Rektoskopia                                                                                | 250,00                  |
| 12.        | Rektoskopia (z pobraniem 1 wycinka do badania histopatologicznego)*                        | 270,00                  |
| 13.        | Rektoskopia (z pobraniem 2 i więcej wycinków do badania histopatologicznego)*              | 400,00                  |
| 14.        | Polipektomia – usunięcie do 3 polipów + badanie histopatologiczne*                         | 800,00                  |
| 15.        | Polipektomia – usunięcie powyżej 3 polipów                                                 | do 1300,00              |
| 16.        | Porada/konsultacja gastrologiczna                                                          | 230,00                  |
| 17.        | Badanie histopatologiczne 1 bloczka                                                        | 70,00                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------|
| 18.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ARGON (użycie do badania)                             | 50,00  |
| 19.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Znieczulenie dożylne do badań w pracowni endoskopowej | 360,00 |
| * do ceny porady/konsultacji dolicza się koszt wykonanych badań dodatkowych zgodnie z cennikiem<br>* do ceny badania należy doliczyć koszt badania histopatologicznego za każdy błocek (po otrzymaniu wyniku badania pacjent może zostać obciążony dodatkowymi kosztami związanymi z koniecznością wydzielenia kolejnych blozków niezbędnych do przeprowadzenia badania histopatologicznego). |                                                       |        |
| ** cena zawiera koszt dodatkowych badań oraz konsultacji anestezjologicznej.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |        |

## Cennik opłat nr 4 za badania wykonywane w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej

| Lp.                       | Nazwa zabiegu                                 | Cena brutto (zł) |
|---------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| <b>RTG kończyna górna</b> |                                               |                  |
| 1.                        | palce, dłoń, nadgarstek                       | 50,00            |
| 2.                        | przedramię                                    | 50,00            |
| 3.                        | staw łokciowy                                 | 50,00            |
| 4.                        | ramię                                         | 50,00            |
| 5.                        | bark, obojczyk, łopátka                       | 50,00            |
| <b>RTG kończyna dolna</b> |                                               |                  |
| 6.                        | palec stopy                                   | 55,00            |
| 7.                        | śródstopie palce stopy                        | 55,00            |
| 8.                        | pięta                                         | 55,00            |
| 9.                        | pięta boczne i osiowe                         | 55,00            |
| 10.                       | stopa                                         | 55,00            |
| 11.                       | obie stopy na jednej kliszy                   | 65,00            |
| 12.                       | staw skokowy                                  | 55,00            |
| 13.                       | kolano                                        | 55,00            |
| 14.                       | oba kolana                                    | 65,00            |
| 15.                       | udo                                           | 55,00            |
| 16.                       | biodro/talerz biodrowy/staw krzyżowo-biodrowy | 55,00            |
| <b>RTG kręgosłupa</b>     |                                               |                  |
| 17.                       | lędźwiowego                                   | 62,00            |
| 18.                       | piersiowego                                   | 62,00            |
| 19.                       | szyjnego                                      | 62,00            |
| 20.                       | miednica                                      | 55,00            |
| 21.                       | kość krzyżowa                                 | 55,00            |
| 22.                       | skolioza                                      | 60,00            |

| RTG czaszka              |                                                                                  |        |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 23.                      | zatoki oboczne nosa/żuchwa/szczęki                                               | 55,00  |
| 24.                      | Czaszka                                                                          | 60,00  |
| 25.                      | Nos                                                                              | 45,00  |
| RTG klatki piersiowej    |                                                                                  |        |
| 26.                      | Zdjęcie p-a                                                                      | 56,00  |
| 27.                      | zdjęcie p-a +boczne                                                              | 62,00  |
| 28.                      | żebra, mostek                                                                    | 50,00  |
| RTG jamy brzusznej       |                                                                                  |        |
| 29.                      | Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej                                               | 70,00  |
| 30.                      | Urografia                                                                        | 220,00 |
| RTG przewodu pokarmowego |                                                                                  |        |
| 31.                      | Badanie RTG przełyku z kontrastem                                                | 200,00 |
| 32.                      | Badanie RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego z kontrastem                    | 250,00 |
| RTG inne                 |                                                                                  |        |
| 33.                      | RTG tchawicy                                                                     | 85,00  |
| Mammografia              |                                                                                  |        |
| 34.                      | mammografia (obu sutków)                                                         | 130,00 |
| 35.                      | mammografia (jeden sutek)                                                        | 80,00  |
| USG                      |                                                                                  |        |
| 36.                      | USG jamy brzusznej                                                               | 130,00 |
| 37.                      | Usg jamy brzusznej u dzieci                                                      | 140,00 |
| 38.                      | USG DOPPLER tętniczy kończyny dolnej jedna strona                                | 160,00 |
| 39.                      | USG DOPPLER żylny kończyny dolnej jedna strona                                   | 160,00 |
| 40.                      | USG DOPPLER tętnic szyjnych i kręgowych                                          | 160,00 |
| 41.                      | USG tarczycy                                                                     | 140,00 |
| 42.                      | USG sutków                                                                       | 160,00 |
| 43.                      | USG jednego sutka                                                                | 80,00  |
| Tomografia komputerowa   |                                                                                  |        |
| 44.                      | TK badanie podstawowe jednej okolicy ciała bez podania środka kontrastowego      | 320,00 |
| 45.                      | Pozostałe badanie TK jednej okolicy ciała z podaniem 100 ml środka kontrastowego | 420,00 |
| 46.                      | Angio TK                                                                         | 720,00 |
| 47.                      | zdjęcie cyfrowe/kopia zdjęcia klasycznego                                        | 20,00  |
| 48.                      | kopia badania na płycie                                                          | 2,80   |
| 49.                      | kopia wyniku badania jedna strona                                                | 0,49   |



|                                                                                                           |                                                                                  |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 50.                                                                                                       | przygotowanie do wysyłki i przesłanie listem poleconym za potwierdzeniem odbioru | 11,80 |
| *(W przypadku zmiany ceny opłata będzie naliczana zgodnie z aktualnie obowiązującą umową z Poczta Polska) |                                                                                  |       |

### Cennik opłat nr 5 za lekarskie specjalistyczne porady/konsultacje/procedury

| Lp.                                                                                                                                | Nazwa porady/konsultacji bez badań dodatkowych                                        | Cena brutto (zł) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1.                                                                                                                                 | Porada/konsultacja lekarska w podstawowej opiece zdrowotnej                           | 230,00           |
| 2.                                                                                                                                 | Porada/konsultacja lekarska internistyczna                                            | 230,00           |
| 3.                                                                                                                                 | Porada/konsultacja lekarska pediatryczna                                              | 230,00           |
| 4.                                                                                                                                 | Porada/konsultacja lekarska w poradni onkologicznej                                   | 250,00           |
| 5.                                                                                                                                 | Porada/konsultacja w poradni patologii noworodka                                      | 230,00           |
| 6.                                                                                                                                 | Porada/konsultacja lekarska w poradni chorób piersi                                   | 230,00           |
| 7.                                                                                                                                 | Porada/konsultacja lekarska w poradni chirurgii dziecięcej                            | 230,00           |
| 8.                                                                                                                                 | Porada/konsultacja lekarska w poradni otolaryngologicznej                             | 230,00           |
| 9.                                                                                                                                 | Porada/konsultacja lekarska w poradni kardiologicznej                                 | 230,00           |
| 10.                                                                                                                                | Porada/konsultacja lekarska w poradni ginekologiczno-położniczej                      | 230,00           |
| 11.                                                                                                                                | Porada/konsultacja anestezjologiczna                                                  | 230,00           |
| 12.                                                                                                                                | Porada/konsultacja lekarska pulmonologiczna                                           | 250,00           |
| * do ceny porady/konsultacji dolicza się koszt wykonanych badań dodatkowych zgodnie z cennikiem.                                   |                                                                                       |                  |
| <b>Świadczenie medyczne w izbie przyjęć</b>                                                                                        |                                                                                       |                  |
| 13.                                                                                                                                | Ambulatoryjne świadczenie medyczne w Izbie Przyjęć *                                  | 270,00           |
| * do ceny dolicza się koszt dodatkowych badań wykonywanych w Izbie Przyjęć oraz koszt transportu.                                  |                                                                                       |                  |
| <b>Świadczenie medyczne w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej</b>                                                               |                                                                                       |                  |
| 14.                                                                                                                                | Ambulatoryjne świadczenie medyczne w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej * | 220,00           |
| * do ceny dolicza się koszt badań dodatkowych wykonywanych w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej oraz koszt transportu. |                                                                                       |                  |
| * do ceny porady/konsultacji dolicza się koszt wykonanych badań dodatkowych zgodnie z cennikiem.                                   |                                                                                       |                  |
| <b>Za świadczenia medyczne realizowane w poradni ginekologiczno - położniczej</b>                                                  |                                                                                       |                  |
| 15.                                                                                                                                | Porada w poradni ginekologiczno - położniczej                                         | 150,00           |
| 16.                                                                                                                                | Kolposkopia*                                                                          | 100,00           |
| 17.                                                                                                                                | Pobranie wymazu do badania cytologicznego*                                            | 10,00            |
| 18.                                                                                                                                | Koagulacja szyjki macicy                                                              | 200,00           |
| 19.                                                                                                                                | Krioterapia szyjki macicy                                                             | 250,00           |
| 20.                                                                                                                                | Założenie wkładki wewnątrzmacicznej                                                   | 250,00           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                            |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 21.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Badanie histopatologiczne 1 bloczek                                                                                        | 40,00  |
| 22.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Badanie cytologiczne pobranego materiału                                                                                   | 20,00  |
| *do ceny badania należy doliczyć koszt badania histopatologicznego za każdy bloczek (po otrzymaniu wyniku badania pacjent może zostać obciążony dodatkowymi kosztami związanymi z koniecznością wydzielenia kolejnych bloczków niezbędnych do przeprowadzenia badania histopatologicznego)  |                                                                                                                            |        |
| <b>Za świadczenia medyczne realizowane w poradni chirurgicznej</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                            |        |
| * do ceny porady/konsultacji dolicza się koszt wykonanych badań dodatkowych zgodnie z cennikiem                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                            |        |
| 23.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada/konsultacja lekarska                                                                                                | 150,00 |
| 24.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Szycie rany niepowikłanej                                                                                                  | 70,00  |
| 25.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Szycie rany powikłanej                                                                                                     | 110,00 |
| 26.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Opatrunek_szwycy                                                                                                           | 40,00  |
| 27.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Opatrunek „brudny”                                                                                                         | 50,00  |
| 28.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nacięcie ropnia w znieczuleniu miejscowym                                                                                  | 110,00 |
| 29.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Pobranie wycinka, węzła chłonnego*                                                                                         | 40,00  |
| 30.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wycięcie do dwóch zmian skórnych z pobraniem do dwóch wycinków do badania histopatologicznego + badanie histopatologiczne* | 185,00 |
| 31.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wycięcie do trzech zmian skórnych z pobraniem do 3 wycinków do badania histopatologicznego + badanie histopatologiczne*    | 370,00 |
| 32.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wycięcie co najmniej 4 zmian skórnych z pobraniem 4 wycinków do badania histopatologicznego + badanie histopatologiczne*   | 550,00 |
| 33.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wszycie Esperalu                                                                                                           | 200,00 |
| 34.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Elektrokoagulacja (dermatologiczna, chirurgiczna)                                                                          | 110,00 |
| 35.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Badanie histopatologiczne 1 bloczka                                                                                        | 40,00  |
| 36.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Badanie cytologiczne pobranego materiału                                                                                   | 20,00  |
| * do ceny badania należy doliczyć koszt badania histopatologicznego za każdy bloczek (po otrzymaniu wyniku badania pacjent może zostać obciążony dodatkowymi kosztami związanymi z koniecznością wydzielenia kolejnych bloczków niezbędnych do przeprowadzenia badania histopatologicznego) |                                                                                                                            |        |
| * do ceny porady/konsultacji dolicza się koszt wykonanych badań dodatkowych zgodnie z cennikiem                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                            |        |
| <b>Za świadczenia realizowane w poradni dietetycznej (dietetyk)</b>                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                            |        |
| 37.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada dietetyczna lecznicza                                                                                               | 70,00  |
| 38.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Analiza jadłospisu                                                                                                         | 50,00  |
| 39.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada dietetyczna redukcyjna                                                                                              | 100,00 |
| 40.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Analiza składu ciała                                                                                                       | 30,00  |
| <b>Za świadczenia medyczne realizowane w poradni dermatologicznej</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                            |        |
| 41.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada/konsultacja lekarska w poradni dermatologicznej                                                                     | 150,00 |
| 42.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Elektrokoagulacja (dermatologiczna, chirurgiczna)                                                                          | 110,00 |
| 43.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Kriotarapia/kriochirurgia                                                                                                  | 110,00 |
| *do ceny porady/konsultacji dolicza się koszt wykonanych badań dodatkowych zgodnie z cennikiem                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                            |        |
| <b>Za świadczenie realizowane w poradni psychologicznej</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            |        |
| 44.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Konsultacja psychologiczna (50 min.)                                                                                       | 150,00 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                          |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 45.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada psychoterapeutyczna/pomoc i wsparcie (50 min.)                                                                    | 150,00 |
| <b>Za świadczenia medyczne realizowane w poradni endokrynologicznej</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                          |        |
| 46.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada lekarska w poradni endokrynologicznej z badaniem USG                                                              | 250,00 |
| 47.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada lekarska w poradni endokrynologicznej/kontrola                                                                    | 140,00 |
| 48.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada profesorska                                                                                                       | 400,00 |
| * Do ceny porady/konsultacji dolicza się koszt wykonanych badań dodatkowych zgodnie z cennikiem                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                          |        |
| <b>Za świadczenia medyczne realizowane w poradni proktologicznej</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                          |        |
| 49.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada lekarska w poradni proktologicznej pierwszorazowa                                                                 | 110,00 |
| 50.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada lekarska w poradni proktologicznej – kolejne wizyty                                                               | 70,00  |
| 51.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada lekarska w poradni proktologicznej z anoskopią                                                                    | 110,00 |
| 52.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada lekarska w poradni proktologicznej z anoskopią i biopsją (z pobraniem wycinka/ów do badania histopatologicznego)* | 170,00 |
| 53.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada lekarska w poradni proktologicznej z rektoskopią                                                                  | 150,00 |
| 54.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada lekarska w poradni proktologicznej z anoskopią i biopsją (z pobraniem wycinka/ów do badania histopatologicznego)* | 200,00 |
| 55.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Zabieg sposobem Barona (za każdą gumkę)                                                                                  | 200,00 |
| 56.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wycięcie zakrzepowego żylaka odbytu*                                                                                     | 500,00 |
| 57.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Badanie histopatologiczne 1 bloczka                                                                                      | 40,00  |
| 58.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ARGON (użycie do badania)                                                                                                | 50,00  |
| * do ceny badania należy doliczyć koszt badania histopatologicznego za każdy bloczek (po otrzymaniu wyniku badania pacjent może zostać obciążony dodatkowymi kosztami związanymi z koniecznością wydzielenia kolejnych bloczków niezbędnych do przeprowadzenia badania histopatologicznego) |                                                                                                                          |        |
| * do ceny porady/konsultacji dolicza się koszt wykonanych badań dodatkowych zgodnie z cennikiem                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                          |        |
| <b>Za świadczenia medyczne realizowane w poradni geriatrycznej</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                          |        |
| 59.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada lekarska w poradni geriatrycznej                                                                                  | 150,00 |
| 60.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada następna, kontrolna                                                                                               | 100,00 |
| *do ceny porady/konsultacji dolicza się koszt wykonanych badań dodatkowych zgodnie z cennikiem                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                          |        |
| <b>Za świadczenia medyczne w poradni kardiologicznej</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                          |        |
| 61.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada/konsultacja w poradni kardiologicznej z badaniem EKG                                                              | 170,00 |
| *do ceny porady/konsultacji dolicza się koszt wykonanych badań dodatkowych zgodnie z cennikiem                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                          |        |
| <b>Za świadczenia medyczne w poradni gastroenterologicznej</b>                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                          |        |
| 62.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada/konsultacja lekarska w poradni gastroenterologicznej                                                              | 150,00 |
| 63.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada/konsultacja lekarska w poradni gastroenterologicznej z badaniem USG jamy brzusznej                                | 250,00 |
| <b>Za inne świadczenia medyczne</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                          |        |
| 64.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Porada/konsultacja lekarska specjalistyczna w miejscu świadczeniobiorcy (wyjazdowa)                                      | 250,00 |
| 65.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Asysta pielęgniarska w poradniach specjalistycznych                                                                      | 50,00  |
| 66.                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ARGON (użycie do badania)                                                                                                | 50,00  |

**Cennik opłat nr 6**  
**za usługi medyczne wykonane w gabinetach zabiegowych**

| <b>Lp.</b>                                  | <b>Nazwa usługi</b>                                                                                                                            | <b>Cena brutto (zł)</b> |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1.                                          | Zastrzyk domięśniowy/podskórny/                                                                                                                | 25,00                   |
| 2.                                          | Zastrzyk dożylny                                                                                                                               | 40,00                   |
| 3.                                          | Mierzenie ciśnienia krwi                                                                                                                       | 12,00                   |
| 4.                                          | Założenie opatrunku                                                                                                                            | 50,00                   |
| 5.                                          | Założenie opatrunku „brudnego”                                                                                                                 | 50,00                   |
| 6.                                          | Pobranie krwi do badań laboratoryjnych                                                                                                         | 8,00                    |
| 7.                                          | Badanie poziomu glukozy z palca – z użycie paska                                                                                               | 12,00                   |
| 8.                                          | Pobierania wymazu na posiew z gardła/z nosa* + cena posiewu i ewentualnego antybiogramu                                                        | 15,00                   |
| 9.                                          | Badanie wymazu z gardła/z nosa z wynikiem badania, wykonanie posiewu – cena brutto zgodnie komercyjnym cennikiem "KORLAB" Laboratoria Medyczne |                         |
| 10.                                         | Jednorazowa inhalacja do 10 minut bez leku                                                                                                     | 18,00                   |
| 11.                                         | Wyciągnięcie kleszcza                                                                                                                          | 50,00                   |
| 12.                                         | Cewnikowanie pęcherza moczowego                                                                                                                | 65,00                   |
| 13.                                         | Kroplówka - podłączenie (bez leku)*                                                                                                            | 40,00                   |
| 14.                                         | Dożylny zastrzyk przez venflon (bez leku)*                                                                                                     | 40,00                   |
| * do ceny zabiegu doliczany jest koszt leku |                                                                                                                                                |                         |

**Cennik opłat nr 7**  
**za opiekę środowiskową**

| <b>Lp.</b> | <b>Nazwa usługi</b>                 | <b>Cena brutto (zł)</b> |
|------------|-------------------------------------|-------------------------|
| 1.         | Wizyta – pielęgniarki środowiskowej | 90,00                   |
| 2.         | Wizyta – położnej środowiskowej     | 90,00                   |

**Cennik opłat nr 8**  
**za świadczenia w zakresie transportu sanitarnego**  
(ze wskazaniem lekarza/bez wskazań lekarza)

| <b>Lp.</b> | <b>Nazwa świadczenia</b>                                                                            | <b>Cena brutto (zł)</b> |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1.         | 1 km transport sanitarny                                                                            | 5,20                    |
| 2.         | 1 godzina – transport – kierowca (za każdą rozpoczętą godzinę)                                      | 55,00                   |
| 3.         | 1 godzina – transport – kierowca ratownik (za każdą rozpoczętą godzinę)                             | 120,00                  |
| 4.         | 1 godzina – transport – kierowca + ratownik medyczny lub pielęgniarka (za każdą rozpoczętą godzinę) | 140,00                  |

**Cennik opłat nr 9**  
**za inne usługi medyczne**

| <b>Lp.</b> | <b>Rodzaj usługi medycznej</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Cena brutto (zł)</b> |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1.         | Porada w medycynie pracy                                                                                                                                                                                                                                                                        | 65,00                   |
| 2.         | Opłata za badania lekarskie osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców /zgodnie z § 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17.07.2014 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz. U, 2014, poz. 949)/ | 200,00                  |
| 3.         | Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dla zakładów pracy lub innych instytucji celem uzyskania świadczeń rzeczowych lub pieniężnych (za wyjątkiem opieki społecznej)                                                                                                                         | 30,00                   |
| 4.         | Zaświadczenie lekarskie kwalifikujące zdolność do dalszej nauki lub celem dalszego doskonalenia zawodowego lub dalszej pracy w zawodzie                                                                                                                                                         | 60,00                   |
| 5.         | Zaświadczenie lub orzeczenie lekarskie wydawane dla celów podjęcia pracy za granicą (wydawanie w języku polskim, dokumenty powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego)                                                                                                              | 50,00-100,00            |
| 6.         | Zaświadczenie dla prywatnych firm ubezpieczeniowych lub informacja wynikająca z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 11 września o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej                                                                                                                      | 60,00                   |
| 7.         | Pobranie krwi na zawartość alkoholu                                                                                                                                                                                                                                                             | 20,00                   |
| 8.         | Badanie słuchu noworodka                                                                                                                                                                                                                                                                        | 20,00                   |
| 9.         | Badanie bilirubiny u noworodków – przezskórne (Aparat DRAGER JM - 103)                                                                                                                                                                                                                          | 20,00                   |

|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                  |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 10.                                                                                           | Opłata za pobieranie krwi do badań laboratoryjnych                                                                                                                                               | 8,00             |
| 11.                                                                                           | Opłata za badania laboratoryjne zgodnie z komercyjnym cennikiem „KORLAB”<br>Laboratoria Medyczne                                                                                                 |                  |
| 12.                                                                                           | Środki ochrony osobistej dla osób odwiedzających                                                                                                                                                 | 18,00            |
| 13.                                                                                           | Wizyty w Szkole Rodzenia (10 wizyt przez 5 tygodni)                                                                                                                                              | 250,00           |
| 14.                                                                                           | Dodatkowa indywidualna odpłatna opieka pielęgnacyjna, na życzenie pacjenta, rodziny pacjenta lub opiekuna prawnego w godzinach od 22.00 – 6.00 dnia następnego                                   | 500,00           |
| 15.                                                                                           | Dodatkowa indywidualna odpłatna opieka pielęgnacyjna, na życzenie pacjenta, rodziny pacjenta lub opiekuna prawnego w godzinach od 6.00 do 22.00                                                  | 60 zł/za godzinę |
| 16.                                                                                           | Dodatkowa indywidualna opieka pielęgnacyjna i wspierająca kobietę ciężarną, rodzącą, wsparcie w czasie porodu na życzenie pacjentki, rodziny pacjentki                                           | 600,00           |
| 17.                                                                                           | Dodatkowa indywidualna odpłatna opieka pielęgnacyjna, wspierająca, dodatkowa pomoc w opiece nad noworodkiem za życzenie pacjentki, rodziny pacjentki w godzinach od 22.00 – 6.00 dnia następnego | 500,00           |
| 18.                                                                                           | Dodatkowa indywidualna odpłatna opieka pielęgnacyjna, wspierająca, dodatkowa pomoc w opiece nad noworodkiem na życzenie pacjentki, rodziny pacjentki w godzinach od 6.00 – 22.00                 | 60 zł/za godzinę |
| 19.                                                                                           | Zakup jednorazowego zestawu startowego do laktatora / cena jednostkowa                                                                                                                           | 25,00            |
| 20.                                                                                           | Komercyjna hospitalizacja na oddziale Szpitala wg katalogu za 1 punkt rozliczeniowy**/ w tym hospitalizacja planowa                                                                              | 2,50             |
| **dotyczy również osób nieubezpieczonych/dodatkowo płatny transport i badania toksykologiczne |                                                                                                                                                                                                  |                  |

### Cennik opłat nr 10 za różne usługi (niemedyczne)

| Lp.                                               | Nazwa usługi                                                   | Cena brutto (zł) |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------|
| 1.                                                | Opłata za stronę dokumentów dotyczących zamówienia publicznego | 0,42             |
| <b>Opłata za obiady dla pracowników:</b>          |                                                                |                  |
| 2.                                                | Zupa                                                           | 5,00             |
| 3.                                                | Drugie danie                                                   | 15,00            |
| 4.                                                | Kompot                                                         | 3,00             |
| 5.                                                | Zestaw obiadowy                                                | 22,00            |
| <b>Opłata za obiady dla pacjentów (komercja):</b> |                                                                |                  |
| 6.                                                | Zupa                                                           | 5,40             |
| 7.                                                | Drugie danie                                                   | 16,20            |
| 8.                                                | Kompot                                                         | 3,24             |

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                    |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 9.                                                                                                                                          | Zestaw obiadowy                                                                                                                    | 23,76                |
| <b>Inne opłaty za posiłki</b>                                                                                                               |                                                                                                                                    |                      |
| 10.                                                                                                                                         | Kanapka                                                                                                                            | 4,00                 |
| 11.                                                                                                                                         | Bułka                                                                                                                              | 7,00                 |
| 12.                                                                                                                                         | Śniadanie – jajecznica z boczkiem                                                                                                  | 12,00                |
| 13.                                                                                                                                         | Śniadanie – jajecznica na maśle                                                                                                    | 11,00                |
| 14.                                                                                                                                         | Herbata                                                                                                                            | 4,00                 |
| 15.                                                                                                                                         | Sałatka świeża                                                                                                                     | od 15,00<br>do 30,00 |
| <b>Opłata za posiłki dla pracowników</b>                                                                                                    |                                                                                                                                    |                      |
| 16.                                                                                                                                         | Kurczak z różną – cały                                                                                                             | 29,00                |
| 17.                                                                                                                                         | Kurczak z różną – połowa                                                                                                           | 15,00                |
| 18.                                                                                                                                         | Udko z kurczaka                                                                                                                    | 8,00                 |
| <b>Opłata dla pacjentów (komercja)</b>                                                                                                      |                                                                                                                                    |                      |
| 19.                                                                                                                                         | Kurczak z różną – cały                                                                                                             | 31,32                |
| 20.                                                                                                                                         | Kurczak z różną – połowa                                                                                                           | 16,20                |
| 21.                                                                                                                                         | Udko z kurczaka                                                                                                                    | 8,64                 |
| <b>Inne opłaty</b>                                                                                                                          |                                                                                                                                    |                      |
| 22.                                                                                                                                         | Prywatne korzystanie z FAX – u za każdą stronę                                                                                     | 1,00                 |
| 23.                                                                                                                                         | Opłata za opakowanie (obiad)                                                                                                       | 2,50                 |
| 24.                                                                                                                                         | Opłata za opakowanie (sałatka)                                                                                                     | 1,60                 |
| <b>Opłata parkingowe</b>                                                                                                                    |                                                                                                                                    |                      |
| 25.                                                                                                                                         | Miesięczna opłata parkingowa – przydział miejsca postojowego na dziedzińcu wewnętrznym PCM                                         | 100,00               |
| 26.                                                                                                                                         | Miesięczna opłata parkingowa – przydział miejsca postojowego na drodze dojazdowej od strony zachodniej PCM                         | 50,00                |
| <b>Opłata za dokumentację na podstawie art. 28 pkt. 4, Ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika praw</b>                                       |                                                                                                                                    |                      |
| 27.                                                                                                                                         | Sporządzenie 1 strony wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej max. 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale*       | 17,92                |
| 28.                                                                                                                                         | Sporządzenie 1 strony kopii dokumentacji medycznej max. 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale*                  | 0,63                 |
| 29.                                                                                                                                         | Udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych max. 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale | 3,58                 |
| 30.                                                                                                                                         | Opłata za wypisanie druku zaświadczenia do ubezpieczenia na podstawie dokumentacji medycznej (historii choroby)                    | 15,00                |
| 31.                                                                                                                                         | Wypisanie i wydanie duplikatu książeczki zdrowia dziecka                                                                           | 10,00                |
| * W przypadku przesłania dokumentacji medycznej drogą pocztową, doliczany jest koszt przesyłki zgodnie z rzeczywistie poniesionymi kosztami |                                                                                                                                    |                      |

**Cennik opłat nr 11**  
**badan laboratoryjnych - komercyjny**

| <b>Lp.</b> | <b>Nazwa badania</b>                                                                                                                                                                                                                  | <b>Cena badania brutto (zł)</b> |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1.         | 17 - KETOSTERYDY W DZM                                                                                                                                                                                                                | 180,00                          |
| 2.         | 17-OH KETOSTERYDY W DZM                                                                                                                                                                                                               | 190,00                          |
| 3.         | 17-OH PROGESTERON                                                                                                                                                                                                                     | 62,00                           |
| 4.         | 25-OH WITAMINA D3                                                                                                                                                                                                                     | 70,00                           |
| 5.         | 3 - METOKSYTYRAMINA W DZM                                                                                                                                                                                                             | 150,00                          |
| 6.         | ACTH-HORMON ADRENOKORTYKOTROPOWY                                                                                                                                                                                                      | 40,00                           |
| 7.         | ADRENALINA W DZM                                                                                                                                                                                                                      | 195,00                          |
| 8.         | AFP-ALFA FETOPROTEINA                                                                                                                                                                                                                 | 40,00                           |
| 9.         | ALAT (GPT)                                                                                                                                                                                                                            | 14,00                           |
| 10.        | ALBUMINA                                                                                                                                                                                                                              | 14,00                           |
| 11.        | ALDOSTERON                                                                                                                                                                                                                            | 80,00                           |
| 12.        | ALDOSTERON W DOBOWEJ ZBIÓRCIE MOCZU                                                                                                                                                                                                   | 80,00                           |
| 13.        | ALLOPRZECIWCIAŁA                                                                                                                                                                                                                      | 30,00                           |
| 14.        | AMH                                                                                                                                                                                                                                   | 160,00                          |
| 15.        | AMYLAZA                                                                                                                                                                                                                               | 14,00                           |
| 16.        | AMYLAZA W MOCZU                                                                                                                                                                                                                       | 14,00                           |
| 17.        | ANA (P/C P. JĄDROWE) – oznaczenie miana met. ELISA                                                                                                                                                                                    | 35,00                           |
| 18.        | ANA2                                                                                                                                                                                                                                  | 110,00                          |
| 19.        | ANA HEp2 (met. immunofluorescencji pośredniej)                                                                                                                                                                                        | 45,00                           |
| 20.        | ANA PROFIL 3 EUROLINE (wykaz przeciwciał nRNP/Sm,Sm, SS-A, Ro -52, SS-B, Scl-70, PM-Scl, Jo-1, CENP A, CENP B, PCNA, dsDNA, Nukleosomy, Histony, Rybosomalne białko P, AMA M2, DFS70, Mi2a, Mi2 , Ku, RP11, RP155, Sp100, PML, gp210) | 150,00                          |
| 21.        | ANDROSTENDION                                                                                                                                                                                                                         | 40,00                           |
| 22.        | ANTYGEN HELICOBACTER PYLORI W KALE                                                                                                                                                                                                    | 45,00                           |
| 23.        | Antygen wirusa SARS-CoV-2 - test jakościowy                                                                                                                                                                                           | 20,00                           |
| 24.        | APTT-CZAS KAOLINOWO-KEFALINOWY                                                                                                                                                                                                        | 19,00                           |
| 25.        | ASPAT (GOP)                                                                                                                                                                                                                           | 14,00                           |
| 26.        | BADANIE KAŁU W KIERUNKU ANTYGENU I TOX A/B CLOSTRIDIUM DIFFICILE                                                                                                                                                                      | 80,00                           |
| 27.        | BETA HCG                                                                                                                                                                                                                              | 30,00                           |



|     |                                              |        |
|-----|----------------------------------------------|--------|
| 28. | BEZPOŚREDNI TEST ANTYGLOBULINOWY BTA         | 30,00  |
| 29. | BIAŁKO BENCE -JONESA w moczu                 | 140,00 |
| 30. | BIAŁKO CAŁKOWITE                             | 14,00  |
| 31. | BIAŁKO MONOKLONALNE ( IMMUNOFIKSACJA )       | 160,00 |
| 32. | BIAŁKO W DZM                                 | 12,00  |
| 33. | BIAŁKO W MOCZU ILOŚCIOWO                     | 12,00  |
| 34. | BILIRUBINA BEZPOŚREDNIA                      | 12,00  |
| 35. | BILIRUBINA CAŁKOWITA                         | 14,00  |
| 36. | BILIRUBINA CAŁKOWITA NOWORODKI               | 14,00  |
| 37. | BILIRUBINA POŚREDNIA                         | 12,00  |
| 38. | C - PEPTYD                                   | 50,00  |
| 39. | CA 125                                       | 45,00  |
| 40. | CA 15-3                                      | 45,00  |
| 41. | CA 19-9                                      | 45,00  |
| 42. | CA 72-4                                      | 150,00 |
| 43. | CEA                                          | 40,00  |
| 44. | CHLORKI W SUROWICY                           | 15,00  |
| 45. | CHOLESTEROL CAŁKOWITY                        | 18,00  |
| 46. | CHOLESTEROL-HDL                              | 14,00  |
| 47. | CHOLESTEROL-LDL                              | 14,00  |
| 48. | CHROMOGRANINA A                              | 120,00 |
| 49. | CK-KINAZA KREATYNOWA                         | 18,00  |
| 50. | CK-MB-IZOENZYM CK                            | 30,00  |
| 51. | CMV (CYTOMEGALIA) P/C IGG                    | 40,00  |
| 52. | CMV (CYTOMEGALIA) P/C IGM                    | 40,00  |
| 53. | CRP W SUROWICY                               | 20,00  |
| 54. | CYFRA 21-1                                   | 105,00 |
| 55. | CZAS PROTROMBINOWY (INR)                     | 14,00  |
| 56. | D-DIMERY - PROD. ROZPADU FIBRYNY             | 45,00  |
| 57. | DHEA-S SIARCZAN DEHYDROEPIANDROST.           | 35,00  |
| 58. | ESTRADIOL (E2)                               | 25,00  |
| 59. | ETANOL W SUROWICY                            | 125,00 |
| 60. | FERRYTYNA                                    | 40,00  |
| 61. | FIBRYNOGEN (badanie metodą koagulometryczną) | 40,00  |
| 62. | FOSFATAZA KOSTNA                             | 15,00  |
| 63. | FOSFATAZA KWAŚNA                             | 15,00  |

|     |                                      |        |
|-----|--------------------------------------|--------|
| 64. | FOSFATAZA ZASADOWA                   | 14,00  |
| 65. | FOSFOR NIEORG. W SUROWICY            | 14,00  |
| 66. | FOSFOR w DZM                         | 14,00  |
| 67. | FSH HORMON FOLIKULOTROPOWY           | 25,00  |
| 68. | FT3-WOLNE T3                         | 25,00  |
| 69. | FT4-WOLNE T4                         | 25,00  |
| 70. | GAZOMETRIA                           | 50,00  |
| 71. | GGTP                                 | 14,00  |
| 72. | GLUKOZA                              | 14,00  |
| 73. | GLUKOZA W DZM                        | 14,00  |
| 74. | GLUKOZA W MOCZU                      | 14,00  |
| 75. | GRUPA KRWI                           | 45,00  |
| 76. | HAPTOGLOBINA                         | 50,00  |
| 77. | HBA1C-HEMOGLOBINA GLIKOWANA met.HPLC | 40,00  |
| 78. | HBS ANTYGEN                          | 25,00  |
| 79. | HIV Ag/Ab Combo                      | 35,00  |
| 80. | IGE całkowite                        | 35,00  |
| 81. | IGF-1 insulinopodobny                | 65,00  |
| 82. | IMMUNOGLOBULINA IGA                  | 20,00  |
| 83. | IMMUNOGLOBULINA IGG                  | 20,00  |
| 84. | IMMUNOGLOBULINA IGM                  | 20,00  |
| 85. | IM-TEST NA MONONUKLEOZĘ              | 25,00  |
| 86. | INHIBINA B                           | 150,00 |
| 87. | INSULINA                             | 30,00  |
| 88. | INTACT-PTH                           | 35,00  |
| 89. | INTERLEUKINA 6                       | 200,00 |
| 90. | JONOGRAM (sód, potas)                | 20,00  |
| 91. | KALCYTONINA                          | 50,00  |
| 92. | KAŁ NA KREW UTAJONĄ                  | 25,00  |
| 93. | KORTYZOL                             | 30,00  |
| 94. | KORTYZOL W DZM                       | 30,00  |
| 95. | KORTYZOL W ŚLINIE                    | 100,00 |
| 96. | KREATYNINA + GFR                     | 15,00  |
| 97. | KREATYNINA W DZM                     | 14,00  |
| 98. | KREATYNINA W MOCZU                   | 14,00  |
| 99. | KREATYNINA W SUROWICY                | 16,00  |

|      |                                                                               |        |
|------|-------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 100. | KWAS 5 HYDROKSYINDOLOOCTOWY                                                   | 60,00  |
| 101. | KWAS FOLIOWY                                                                  | 40,00  |
| 102. | KWAS MOCZOWY W SUROWICY                                                       | 18,00  |
| 103. | LDH                                                                           | 18,00  |
| 104. | LEUKOCYTY                                                                     | 18,00  |
| 105. | LH-HORMON LUTEINIZUJĄCY                                                       | 25,00  |
| 106. | LIPAZA W SUROWICY                                                             | 25,00  |
| 107. | LIPIDOGRAM                                                                    | 35,00  |
| 108. | MAGNEZ W SUROWICY                                                             | 14,00  |
| 109. | METOKSYKATECHOLAMINY W DZM (metanefryna, normetanefryna i 3 -metoksytyramina) | 200,00 |
| 110. | MIKROALBUMINA                                                                 | 22,00  |
| 111. | MIKROALBUMINA W DZM                                                           | 30,00  |
| 112. | MLECZANY                                                                      | 50,00  |
| 113. | MOCZ-ANALIZA OGÓLNA Z OSADEM                                                  | 14,00  |
| 114. | MOCZNIK W SUROWICY                                                            | 14,00  |
| 115. | MORFOLOGIA                                                                    | 15,00  |
| 116. | N-końcowy propeptyd prokolagenu typu I (PINP)                                 | 350,00 |
| 117. | NORADRENALINA W DZM                                                           | 130,00 |
| 118. | NORMETANEFRYNA                                                                | 130,00 |
| 119. | NT pro – BNP                                                                  | 150,00 |
| 120. | OB-ODCZYN BIERNACKIEGO                                                        | 14,00  |
| 121. | OSMOLALNOŚĆ MOCZU                                                             | 30,00  |
| 122. | OSMOLALNOŚĆ SUROWICY                                                          | 30,00  |
| 123. | OSTEOKALCYNA                                                                  | 70,00  |
| 124. | PANEL PEDIATRYCZNY                                                            | 280,00 |
| 125. | POTAS W DOBOWEJ ZBIÓRCIE MOCZU                                                | 14,00  |
| 126. | POTAS W SUROWICY                                                              | 14,00  |
| 127. | P/C ANTY CYTRULINOWE IGG                                                      | 80,00  |
| 128. | P/C ANTY HBS - WZW TYPU B                                                     | 30,00  |
| 129. | P/C ANTY HCV - WZW TYPU C                                                     | 40,00  |
| 130. | P/C ANTY KARDIOLIPINOWE IGG                                                   | 50,00  |
| 131. | P/C ANTY KARDIOLIPINOWE IGM                                                   | 50,00  |
| 132. | P/C ANTY GAD (p/c p.dekarboksydazie kwasu glutaminowego) IIFT                 | 100,00 |

|      |                                                                             |        |
|------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|
| 133. | P/C ANTY-MITOCHONDRIALNE AMA - met. immunofluorescencji pośredniej          | 30,00  |
| 134. | P/C ANTY-TG (P. TYREOGLOBULINIE)                                            | 45,00  |
| 135. | P/C ANTY-TPO (P. PEROKSYDAZIE TARCZ.)                                       | 45,00  |
| 136. | P/C ASCA IGA (czynnik choroby Crohna)                                       | 100,00 |
| 137. | P/C ASCA IGG (czynnik choroby Crohna)                                       | 100,00 |
| 138. | P/C EBV IGG                                                                 | 50,00  |
| 139. | P/C EBV IGM                                                                 | 50,00  |
| 140. | P/C IGA P. TRANSGLUTAMINAZIE TKANKOWEJ                                      | 70,00  |
| 141. | P/C IGG P. TRANSGLUTAMINAZIE TKANKOWEJ                                      | 70,00  |
| 142. | p/c IgG przeciwko SARS-CoV-2 (przeciwko białku N nukleokapsydu)             | 180,00 |
| 143. | p/c IgG przeciwko SARS-CoV-2 (przeciwko domenie wiążącej receptor białka S) | 200,00 |
| 144. | p/c IgM przeciw wirusowi SARS-CoV-2                                         | 180,00 |
| 145. | P/C P. Komórkom okładzinowym żołądka (APCA)                                 | 60,00  |
| 146. | P/C P. RECEPTOROM TSH (TRAB)                                                | 50,00  |
| 147. | P/C ENDOMETRIUM IGA EMA                                                     | 50,00  |
| 148. | P/C P.ENDOMYSIUM IGG EMA                                                    | 50,00  |
| 149. | P/C P.GLIADYNOWE IGA                                                        | 80,00  |
| 150. | P/C P.GLIADYNOWE IGG                                                        | 80,00  |
| 151. | P/C PRZECIW MIĘŚNIOM GŁADKIM ASMA met. immunofluorescencji pośredniej       | 130,00 |
| 152. | P/C ANTY p-ANCA metodą ELISA                                                | 60,00  |
| 153. | PLWOCINA - PREPARAT BARWIONY METODĄ GRAMA                                   | 20,00  |
| 154. | PŁYN Z JAM CIAŁA - BADANIE OGÓLNE                                           | 30,00  |
| 155. | PŁYTKI KRWI                                                                 | 14,00  |
| 156. | PŁYTKI KRWI (pobrane na cytrynian)                                          | 14,00  |
| 157. | Preparat bezpośredni w kierunku AFB met. Zeihl-Neelsena                     | 30,00  |
| 158. | PROGESTERON                                                                 | 27,00  |
| 159. | PROKALCYTONINA (PCT)                                                        | 110,00 |
| 160. | PROLAKTYNA                                                                  | 27,00  |
| 161. | PROLAKTYNA po MTC                                                           | 27,00  |
| 162. | PROLAKTYNA po PEG                                                           | 100,00 |
| 163. | PROTEINOGRAM (ELEKTROFOREZA BIAŁEK)                                         | 30,00  |
| 164. | PRÓBA ZGODNOŚCI SEROLOGICZNEJ                                               | 60,00  |

|      |                                                                    |        |
|------|--------------------------------------------------------------------|--------|
| 165. | PRZECIWCIAŁA PEMPHIGUS/PEMPHIG OD (IIF)                            | 160,00 |
| 166. | PSA CAŁK. (TPSA)                                                   | 35,00  |
| 167. | PSA WOLNE (FPSA)                                                   | 50,00  |
| 168. | RETIKULOCYTY                                                       | 20,00  |
| 169. | RF-FAKTOR REUMATOIDALNY                                            | 30,00  |
| 170. | ROMA                                                               | 130,00 |
| 171. | ROZMAZ KRWI OBWODOWEJ                                              | 14,00  |
| 172. | ROZMAZ PŁYNU Z JAM CIAŁA                                           | 15,00  |
| 173. | ROZMRAŻANIE OSOCZA                                                 | 30,00  |
| 174. | RÓŻYCZKA (RUBELLA) P/C IGG                                         | 40,00  |
| 175. | RÓŻYCZKA (RUBELLA) P/C IGM                                         | 40,00  |
| 176. | RPR (USR )                                                         | 14,00  |
| 177. | SARS CoV -2 Pakiet (badanie krwi w kierunku przeciwciał IgG I IgM) | 100,00 |
| 178. | SEROTONINA W SUROWICY                                              | 60,00  |
| 179. | SHBG_BIAŁKO WIĄŻĄCE GLOBULINĘ                                      | 40,00  |
| 180. | SÓD W DOBOWEJ ZBIÓRCE MOCZU                                        | 12,00  |
| 181. | SÓD W SUROWICY                                                     | 12,00  |
| 182. | STH HORMON WZROSTU (HGH)                                           | 30,00  |
| 183. | T3-TRIJODOTYRONINA CAŁKOWITA                                       | 20,00  |
| 184. | T4-TYROKSYNA CAŁKOWITA                                             | 20,00  |
| 185. | TEST COMBI /przeciwciała AMA, ASMA, LKM, APCA/                     | 80,00  |
| 186. | TEST SPECYFICZNEGO ANTYGENU GIARDIA LAMBLIA                        | 45,00  |
| 187. | TESTOSTERON                                                        | 27,00  |
| 188. | TESTOSTERON WOLNY                                                  | 40,00  |
| 189. | TIBC - całkowita zdolność wiązania żelaza                          | 13,00  |
| 190. | TOXOPLASMA GONDII P/C IGG                                          | 45,00  |
| 191. | TOXOPLASMA GONDII P/C IGM                                          | 40,00  |
| 192. | TRANSFERYNA                                                        | 35,00  |
| 193. | TROPONINA ULTRACZUŁA                                               | 40,00  |
| 194. | TRÓJGLICERYDY (TG)                                                 | 14,00  |
| 195. | TSH HORMON TYREOTROPOWY                                            | 25,00  |
| 196. | TYREOGLOBULINA                                                     | 40,00  |
| 197. | UIBC – UTAJONA ZDOLNOŚĆ WIĄZANIA ŻELAZA                            | 12,00  |
| 198. | UACR                                                               | 25,00  |
| 199. | VDRL                                                               | 12,00  |

|                               |                                                                   |        |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|
| 200.                          | WAPŃ CAŁKOWITY W DZM                                              | 12,00  |
| 201.                          | WAPŃ CAŁKOWITY W MOCZU                                            | 12,00  |
| 202.                          | WAPŃ CAŁKOWITY W SUROWICY                                         | 14,00  |
| 203.                          | WAPŃ ZJONIZOWANY                                                  | 29,00  |
| 204.                          | WESTERN BLOT BORRELIA IGG w surowicy                              | 150,00 |
| 205.                          | WESTERN BLOT BORRELIA IGM w surowicy                              | 150,00 |
| 206.                          | WITAMINA B12                                                      | 38,00  |
| 207.                          | WOLNE BIAŁKO S                                                    | 140,00 |
| 208.                          | ŻELAZO W SUROWICY                                                 | 14,00  |
| <b>POSIEWY i ANTYBIOGRAMY</b> |                                                                   |        |
| 209.                          | ANTYBIOGRAM                                                       | 40,00  |
| 210.                          | POSIEW BEZTLENOWY KRWI                                            | 45,00  |
| 211.                          | POSIEW BEZTLENOWY PŁYNU MÓZGOWO-<br>RDZENIOWEGO                   | 45,00  |
| 212.                          | POSIEW BEZTLENOWY PŁYNU STAWOWEGO                                 | 45,00  |
| 213.                          | POSIEW BEZTLENOWY PŁYNU STAWOWEGO metodą<br>automatyczną          | 45,00  |
| 214.                          | POSIEW BEZTLENOWY Z PŁYNU JAM CIAŁA                               | 40,00  |
| 215.                          | POSIEW BEZTLENOWY PŁYNU Z JAM CIAŁA - metodą<br>automatyczną      | 45,00  |
| 216.                          | POSIEW BEZTLENOWY PŁYNU Z JAMY OPŁUCNEJ - metodą<br>automatyczną  | 45,00  |
| 217.                          | POSIEW BEZTLENOWY PŁYNU Z JAMY OTRZEWNEJ                          | 40,00  |
| 218.                          | POSIEW BEZTLENOWY PŁYNU Z JAMY OTRZEWNEJ -<br>metodą automatyczną | 45,00  |
| 219.                          | POSIEW BEZTLENOWY WYMAZU Z JAMY OTRZEWNEJ                         | 40,00  |
| 220.                          | POSIEW BEZTLENOWY WYMAZU Z PŁYNU Z JAMY<br>OTRZEWNEJ              | 40,00  |
| 221.                          | POSIEW BEZTLENOWY WYMAZU Z RANY                                   | 40,00  |
| 222.                          | POSIEW BEZTLENOWY WYMAZU Z RANY<br>POOPERACYJNEJ                  | 40,00  |
| 223.                          | POSIEW BEZTLENOWY WYMAZU Z ROPNIA                                 | 40,00  |
| 224.                          | POSIEW TLENOWY KRWI                                               | 45,00  |
| 225.                          | POSIEW TLENOWY PEDIATRYCZNY KRWI                                  | 50,00  |
| 226.                          | POSIEW TLENOWY MOCZU                                              | 35,00  |
| 227.                          | POSIEW TLENOWY PLWOCINY                                           | 40,00  |
| 228.                          | POSIEW TLENOWY PŁYNU Z JAM CIAŁA metodą<br>automatyczną           | 50,00  |

|      |                                                                         |       |
|------|-------------------------------------------------------------------------|-------|
| 229. | POSIEW TLENOWY PŁYNU Z JAMY OPŁUCNEJ metodą automatyczną                | 45,00 |
| 230. | POSIEW TLENOWY PŁYNU Z JAMY OTRZEWNEJ                                   | 45,00 |
| 231. | POSIEW TLENOWY POPŁUCZYN OSKRZELOWYCH                                   | 45,00 |
| 232. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z GARDŁA                                          | 35,00 |
| 233. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z JAMY OTRZEWNEJ                                  | 35,00 |
| 234. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z KANAŁU SZYJKI MACICY                            | 35,00 |
| 235. | POSIEW TLENOWY WYMAZU OWRZODZENIA                                       | 40,00 |
| 236. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z POCHWY                                          | 40,00 |
| 237. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z RANY                                            | 40,00 |
| 238. | POSIEW TLENOWY Z ROPNIA                                                 | 40,00 |
| 239. | POSIEW W KIERUNKU GBS                                                   | 50,00 |
| 240. | POSIEW W DOBOWEJ ZBIÓRCIE MOCZU                                         | 40,00 |
| 241. | POSIEW TLENOWY KAŁU NA OGÓLNĄ FLORE BAKTERYJNĄ DZIECI PO 2 RŻ I DOROŚLI | 40,00 |
| 242. | POSIEW TLENOWY KOŃCÓWKI CEWNIKA NACZYNIOWEGO                            | 40,00 |
| 243. | POSIEW TLENOWY KOŃCÓWKI WKŁUCIA CENTRALNEGO                             | 40,00 |
| 244. | POSIEW TLENOWY materiału śródoperacyjnego                               | 40,00 |
| 245. | POSIEW TLENOWY PŁYNU STAWOWEGO                                          | 40,00 |
| 246. | POSIEW TLENOWY PŁYNU Z JAM CIAŁA                                        | 40,00 |
| 247. | POSIEW TLENOWY PŁYNU Z JAMY OPŁUCNEJ                                    | 45,00 |
| 248. | POSIEW TLENOWY PŁYNU Z JAMY OPŁUCNEJ -metodą automatyczną               | 45,00 |
| 249. | POSIEW TLENOWY PŁYNU Z JAMY OTRZEWNEJ - metodą automatyczną             | 45,00 |
| 250. | POSIEW TLENOWY POPŁUCZYN OSKRZELOWYCH                                   | 40,00 |
| 251. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z CEWKI MOCZOWEJ                                  | 40,00 |
| 252. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z GARDŁA                                          | 40,00 |
| 253. | POSIEW TLENOWY WYDZIELINY Z DRZEWA OSKRZELOWEGO                         | 45,00 |
| 254. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z JAMY OTRZEWNEJ                                  | 45,00 |
| 255. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z JAMY USTNEJ                                     | 35,00 |
| 256. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z KANAŁU SZYJKI MACICY                            | 35,00 |
| 257. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z NOSA (NOSOGARDZIELI)                            | 35,00 |
| 258. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z PĘPKA                                           | 35,00 |
| 259. | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z OWRZODZENIA                                     | 35,00 |

|                            |                                                                                                                              |        |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 260.                       | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z PŁYNU Z JAMY OTRZEWNEJ                                                                               | 35,00  |
| 261.                       | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z POCHWY                                                                                               | 35,00  |
| 262.                       | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z PRZETOKI                                                                                             | 35,00  |
| 263.                       | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z RANY                                                                                                 | 35,00  |
| 264.                       | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z ROPNIA                                                                                               | 35,00  |
| 265.                       | POSIEW TLENOWY WYMAZU Z WYDZIELINY Z PIERSI                                                                                  | 35,00  |
| 266.                       | POSIEW KAŁU W KIERUNKU SALMONELLA-SHIGELLA                                                                                   | 35,00  |
| 267.                       | POSIEW MYKOLOGICZNY PLWOCINY                                                                                                 | 50,00  |
| 268.                       | Posiew plwociny w kierunku prątków metodą konwencjonalną                                                                     | 50,00  |
| 269.                       | Posiew w kierunku prątków metodą automatyczną                                                                                | 120,00 |
| 270.                       | POSIEW W KIERUNKU GBS                                                                                                        | 50,00  |
| 271.                       | POSIEW W KIERUNKU KPC                                                                                                        | 50,00  |
| 272.                       | POSIEW WYMAZU W KIERUNKU NOSICIELSTWA STAPHYLOCOCCUS AUREUS                                                                  | 50,00  |
| 273.                       | POSIEW WYMAZU Z RURKI TRAHEOTOMIJNEJ                                                                                         | 35,00  |
| <b>BADANIA MOLEKULARNE</b> |                                                                                                                              |        |
| 274.                       | PD-L1                                                                                                                        | 405,00 |
| 275.                       | ALK (metoda FISH)                                                                                                            | 405,00 |
| 276.                       | ROS (metoda FISH)                                                                                                            | 405,00 |
| 277.                       | NGS – panel kliniczny (obejmuje EGFR, ALK, ROS1, KRAS, BRAF, HER2, RET, MET, PIK3CA, FGFR1/2/3, NRG1, NUTM1 oraz NTRK1/2/3.) | 405,00 |
| 278.                       | POLE                                                                                                                         | 405,00 |
| 279.                       | TP53 - wykonywane z krwi obwodowej lub szpiku kostnego w eksonach 2-11                                                       | 405,00 |
| 280.                       | HPV HR                                                                                                                       | 405,00 |
| 281.                       | Test P16 - Barwienie immunohistochemiczne CINtec PLUS. Wymaga wykonania cytologii wraz z badaniem CINtec.                    | 405,00 |
| 282.                       | BRCA1 (badanie 16 mutacji, w tym 5 najczęściej występujących w populacji polskiej)                                           | 405,00 |
| 283.                       | BRCA2 (badanie najczęstszej mutacji (6174delT) w genie BRCA2 oraz około 150 mutacji rzadkich)                                | 405,00 |
| 284.                       | TestP16 – ekspresja białek – wymaga wykonania cytologii wraz z badaniem CINtec.                                              | 405,00 |
| 285.                       | HER Receptor                                                                                                                 | 405,00 |
| 286.                       | Badanie RET - badanie rearanżacji genu RET metoda FISH                                                                       | 405,00 |
| 287.                       | RAK RDZENIASTY TARCZYCY (ZESPÓŁ MNOGIEJ GRUCZOLAKOWATOŚCI WEWNĄTRZWYDZIELNICZEJ, MEN2) - analiza gen RET, metodą NGS         | 405,00 |



|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 288. | BADANIE MOLEKULARNE W KIERUNKU WYKRYWANIA MUTACJI PROTOONKOGENU RET, RAK BRODAWKOWATY TARCZYCY                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 405,00 |
| 289. | BADANIE MOLEKULARNE (RT-PCR DLA GENU TG) PODEJRZANYCH WĘZŁÓW CHŁONNYCH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 405,00 |
| 290. | Mnoga gruczolakowatość wewnątrzwydzielnicza typu 2(MEN2A i MEN2B). Analiza sekwencji eksonów 10,11,13,14,15 i 16 genu RET                                                                                                                                                                                                                                                                     | 495,00 |
| 291. | DZIEDZICZNY RAK JELITA GRUBEGO NIEZWIĄZANY Z POLIPOWATOŚCIĄ (HNPCC) GENY MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 ORAZ 3'UTR EPCAM                                                                                                                                                                                                                                                                              | 405,00 |
| 292. | RODZINNA POLIPOWATOŚĆ GRUCZOLAKOWATA (FAP) (GENY APC I MUTYH)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 405,00 |
| 293. | Neurofibromatoza (NF1) Neurofibromatoza typu II: Analiza rozległych delecji/duplikacji w genie NF2 metodą MLPA1                                                                                                                                                                                                                                                                               | 405,00 |
| 294. | RAK PRZYTARCZYC - BADANIE MOLEKULARNE W KIERUNKU WYKRYWANIA MUTACJI GENU HRPT2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 405,00 |
| 295. | RAK DZIEDZICZNY ŻOŁĄDKA- BADANIE MOLEKULARNE W KIERUNKU WYKRYWANIA MUTACJI GENU CDKN1B                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 405,00 |
| 296. | BADANIE MOLEKULARNE W KIERUNKU WYKRYWANIA MUTACJI SOMATYCZNYCH W NOWOTWORACH GIST (GEN CKIT I PDGFRA)* (BLOCZEK PARAFINOWY LUB MATERIAŁ POOPERACYJNY)                                                                                                                                                                                                                                         | 405,00 |
| 297. | OCENA MUTACJI W GENACH KRAS, NRAS, BRAF – RAK JELITA GRUBEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 405,00 |
| 298. | KIT i PDGFRA (GIST) – badanie mutacji w eksonach 9,11,13,17 genu KIT i eksonach 12,14,18 genu PDGFRA (bloczek parafinowy – tkanka nowotworowa) metodą sekwencjonowania Sangera                                                                                                                                                                                                                | 405,00 |
| 299. | EGFR – badanie 29 mutacji w eksonach: 18,19,20 i 21 (bloczek parafinowy – tkanka nowotworowa) metodą Real – Time PCR                                                                                                                                                                                                                                                                          | 405,00 |
| 300. | BRAF – badanie mutacji w kodonie 600 genu BRAF (bloczek parafinowy – tkanka nowotworowa) metodą Real – Time PCR                                                                                                                                                                                                                                                                               | 405,00 |
| 301. | MUTACJE GENÓW IDH1/2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 405,00 |
| 302. | METYLACJA PROMOTORA GENU MGMT,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 473,00 |
| 303. | MUTACJE PROMOTORA GENU TERT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 405,00 |
| 304. | Badanie NGS z tkanki nowotworowej obejmujące: AKT1, ALK, BRAF, CDK4, CTNNB1, DDR2, DPYD, EGFR, ERBB2, ESR1, FGFR1, FGFR2, FGFR3, FGFR4, HRAS, IDH1, IDH2, KEAP1, KIT, KRAS, MAP2K1, MET, MYC, NFE2L2, NKX2-1, NRAS, NRG1, NTRK1, NTRK2, NTRK3, PDGFRA, PIK3CA, POLE, PTEN, RB1, RET, ROS1, STK11, TP53, UGT1A1. Fusion gens: ALK, FGFR1, FGFR2, FGFR3, NRG1, NTRK1, NTRK2, NTRK3, RET i ROS1. | 495,00 |

**Cennik opłat nr 12**  
**za badania wykonywane w Pracowni Bronchoskopii**

| <b>Lp.</b> | <b>Nazwa zabiegu</b>          | <b>Cena brutto (zł)</b> |
|------------|-------------------------------|-------------------------|
| 1.         | Bronchofiberoskopia           | 1 000,00                |
| 2.         | Badanie EBUS                  | 5 000,00                |
| 3.         | Badanie rBUS (Sonda radialna) | 5 000,00                |
| 4.         | Spirometria                   | 50,00                   |
| 5.         | Dyfuzja                       | 80,00                   |
| 6.         | Test marszowy                 | 60,00                   |
| 7.         | Punkcja jamy opłucnowej       | 250,00                  |

**Cennik opłat nr 13**  
**za usługi sterylizacji wykonywane w Centralnej Sterylizacji**

| <b>Lp.</b> | <b>Rodzaj pakietu do sterylizacji</b>                                | <b>Rozmiar</b>                                | <b>System bariery sterylnej</b> | <b>Wartość punktowa pakietu</b> |
|------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 1.         | Pojedyncze narzędzia małe/sprzęt medyczny (z dezynfekcją)            | do 20 cm                                      | papier                          | 2 pkt                           |
|            |                                                                      |                                               | papier folia                    | 3 pkt                           |
| 2.         | Pojedyncze średnie i duże narzędzia /sprzęt medyczny (z dezynfekcją) | 21 cm x 40 cm                                 | papier                          | 3 pkt                           |
|            |                                                                      |                                               | papier folia                    | 4 pkt                           |
| 3.         | Pojedyncze bardzo duże narzędzie/sprzęt medyczny (z dezynfekcją)     | pow. 41 cm                                    | papier                          | 4 pkt                           |
|            |                                                                      |                                               | papier folia                    | 5 pkt                           |
| 4.         | Sprzęt medyczny mały (z dezynfekcją)                                 | do 20 cm x 15 cm                              | papier                          | 4 pkt                           |
|            |                                                                      |                                               | papier folia                    | 5 pkt                           |
| 5.         | Mały zestaw narzędzia/sprzęt medyczny (z dezynfekcją)                | 10 cm x 15 cm x 5 cm do 20 cm x 20 cm x 5 cm  | papier                          | 4 pkt                           |
|            |                                                                      |                                               | papier folia                    | 5 pkt                           |
|            |                                                                      |                                               | kontener                        | 6 pkt                           |
| 6.         | Średni zestaw narzędzi/sprzęt medyczny (z dezynfekcją)               | 21 cm x 21 cm x 5 cm do 35 cm x 30 cm x 10 cm | papier                          | 5 pkt                           |
|            |                                                                      |                                               | papier folia                    | 6 pkt                           |
|            |                                                                      |                                               | kontener                        | 7 pkt                           |

|    |                                                             |                                                |                                  |        |
|----|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|--------|
| 7. | Duży zestaw narzędzi/sprzęt medyczny (z dezynfekcją)        | 36 cm x 31 cm x 10 cm do 48 cm x 35 cm x 15 cm | papier                           | 6 pkt  |
|    |                                                             |                                                | papier folia/<br>papier włóknina | 7 pkt  |
|    |                                                             |                                                | kontener                         | 8 pkt  |
| 8. | Bardzo duży zestaw narzędzi/sprzęt medyczny (z dezynfekcją) | 49 cm x 36 cm x 16 cm do 60 cm x 30 cm x 30 cm | papier                           | 8 pkt  |
|    |                                                             |                                                | papier folia/<br>papier włóknina | 9 pkt  |
|    |                                                             |                                                | kontener                         | 10 pkt |

Cena za pkt wynosi 4,50 zł (do ceny doliczany jest podatek VAT)

Uwaga: w przypadku dostarczenia narzędzi/sprzętu medycznego po terminie ważności do resterylizacji koszt pakietu jest mniejszy o 1 punkt.