

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPŁATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

lp.	SPIS TRESCI	STR.
1	BADANIA LABORATORYJNE ANALITYCZNE	2
2	BADANIA SEROLOGICZNE	5
3	BADANIA LABORATORYJNE BAKTERIOLOGICZNE	5
4	BADANIA RTG	6
5	BADANIA USG	8
6	BADANIA MAMMOGRAFII	9
7	BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ	9
8	BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO	9
9	BADANIA ENDOSKOPOWE	10
10	BADANIA EEG	11
11	BADANIA EMG	11
12	BADANIA W ZAKŁADZIE HEMODYNAMIKI (KARDIOLOGII INWAZYJNEJ)	11
13	INNE BADANIA	12
14	BADANIA SPIROMETRII	12
15	BADANIA W ZAKŁADZIE PATOMORFOLOGII	12
16	ZABIEGI W ZAKŁADZIE REHABILITACJI	12
17	ŚWIADCZENIA W PORADNIACH AMBULATORYJNYCH	13
18	ŚWIADCZENIA W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM	14
19	USŁUGI TRANSPORTU SANITARNEGO	15
20	ŚWIADCZENIA NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH	15
21	ŚWIADCZENIA NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH NIEFINANSOWANE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	15
22	POZOSTAŁE OPLATY	16

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

LABORATORIUM ANALITYCZNE

(nr wpisu do ewidencji KIDL 0136)

nr w kasie fiskalnej		cena netto [zł]
HEMATOLOGIA		
1	OB.	5,00
2	Morfologia (18 parametrów z rozmazem automatycznym)	10,00
3	Rozmaz krwi obwodowej (mikroskopowy)	10,00
4	Retikulocyty	8,00
5	PMR badanie ogólne	44,00
6	Rozmaz PMR	10,00
KOAGULOLOGIA		
21	Wskaźnik protrombinowy (INR)	8,00
22	Czas kefalinowo-kaolinowy	8,00
23	Czas trombinowy	8,00
24	Fibrynogen	9,00
25	Układ krzepnięcia	33,00
26	D-Dimer (ilościowo)	25,00
27	Antytrombina III	40,00
ANALITYKA OGÓLNA		
41	Badanie ogólne moczu z osadem	8,00
42	Mikroalbuminy w moczu – test płytkowy	12,00
43	Liczba Addisa	10,00
44	Liczba Hamburgera	10,00
45	Próba zagęszczenia moczu	10,00
46	Białko w dobowej zbiórce moczu	7,00
47	Giardia Lamblia w kale – test płytkowy	20,00
48	Pasożyty w kale (1 oznaczenie)	12,00
49	Krew utajona w kale (bez diety) – test płytkowy	12,00
50	Resztki pokarmowe w kale (kuleczki tłuszczu, ziarna skrobi, włókna mięsne)	12,00
51	Płyn z jam ciała – badanie ogólne	20,00
52	Badanie ogólne nasienia	50,00
BIOCHEMIA KLINICZNA		
71	Glukoza	7,00
72	Krzywa cukrowa	14,00
73	Mocznik	5,00
74	Kreatynina	5,00
75	Białko	5,00
76	Albuminy	6,00
77	Elektroforeza białek	12,00
78	Bilirubina całkowita	5,00
79	Bilirubina związana	5,00
80	GOT (AST)	5,00
81	GPT (ALT)	5,00
82	Alfa amylaza	5,00
83	Lipaza	10,00
84	Fosfataza zasadowa	5,00
85	CK	7,00
86	CK-MB	10,00
87	LDH	7,00
88	Gamma –GT	6,00
89	Magnez	6,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

90	Fosfor	5,00
91	Żelazo	5,00
92	TIBC	6,00
93	Wapń zjonizowany	10,00
94	Wapń całkowity	5,00
95	Sód, potas ,chlorki	15,00
96	Sód	5,00
97	Potas	5,00
98	Chlorki	5,00
99	Kwas moczowy	5,00
100	Cholesterol całkowity	5,00
101	Cholesterol HDL	6,00
102	Cholesterol LDL	7,00
103	Trójglicerydy	5,00
104	Gospodarka lipidowa	23,00
105	ASLO	15,00
106	CRP	10,00
107	RF	10,00
108	Skład chemiczny kamieni moczowych	40,00
109	Kwas walproinowy	44,00
110	Mleczany	12,00
111	Hemoglobina A1 c	25,00
112	Odwieranie krwi	2,00
113	Równowaga kwasowo-zasadowa	10,00
114	Karboksyhemoglobina	10,00
115	Methemoglobina	10,00
116	Etanol do celów medycznych	15,00
117	Immunoglobulina A	15,00
118	Immunoglobulina G	15,00
119	Immunoglobulina M	15,00
IMMUNOCHEMIA		cena netto [zł]
141	F T 3	17,00
142	F T 4	17,00
143	TSH (trzeciej generacji)	16,00
144	NT-pro BNP	60,00
145	C-Peptyd	30,00
146	Insulina	30,00
147	Anty TPO	30,00
148	Estradiol	23,00
149	Prolaktyna	18,00
150	FSH	20,00
151	LH	23,00
152	Progesteron	23,00
153	Testosteron	25,00
154	Beta HCG	20,00
155	Kortyzol	20,00
156	Parathormon	22,00
157	Troponina T (metoda wysokoczuła)	25,00
158	Digoksyna	25,00
159	Karbamazepina	33,00
160	Wankomycyna	45,00
161	Ferrytyna	20,00
162	Witamina B 12	22,00
163	PSA całkowity	25,00
164	CEA	25,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chałubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPŁATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

165	AFP	25,00
166	CA 19-9	38,00
167	CA 125	38,00
168	CA 15-3	35,00
169	Pobranie krwi do badania	5,00
170	IgE całkowite	30,00
171	IgE swoiste (pokarmowe i wziewne) – jeden alergen(ilościowy)	30,00
172	Panel wziewny, jakościowy, mieszanka 40 alergenów wziewnych	30,00
173	Toksoplazmoza IgG	26,00
174	Toksoplazmoza IgM	26,00
175	Różyczka IgG	25,00
176	Różyczka IgM	25,00
177	Panel pokarmowy, jakościowy mieszanka 6 alergenów fx5	30,00
178	Panel jakościowy, mieszanka traw g x 1	30,00
179	Prokalcytonina PCT	60,00
180	Siarczan dehydroepiandrosteronu DHEA-S	25,00
181	Anty - TG	30,00
182	SHBG	30,00
183	Free PSA	30,00
184	ACTH	25,00
185	Anty - CCP	40,00
186	P-ciała przeciwko receptorowi TSH – anty TSHR	50,00
187	CMV IgG	25,00
188	CMV IgM	25,00
189	GH	35,00
190	Tyreoglobulina	30,00
191	Witamina D całkowita	45,00
192	Test potwierdzenia HBs Ag	50,00
193	Anty HCV	30,00
194	Anty HBs	30,00
195	Anty HBc	30,00
196	HIV Ag/Ab Combo	30,00
197	HBs Ag	25,00
198	Wolne Beta HCG	35,00
199	PAPP-A	35,00
200	AMH hormon antymilerowski	150,00
201	HE 4	50,00
202	Cyfra 21-1	35,00
203	Homocysteina	60,00
204	Interleukina 6	50,00
205	IGF-1 Somatomedyna C	40,00
206	Kalcytonina	50,00
IMMUNOLOGIA		cena netto [zł]
230	ANA defekt (23 przeciwciała) test jakościowy	30,00
231	ANCA Screen hs (PR3,MPO) test jakościowy	30,00
232	Anti - MCV test ilościowy (przeciwciała przeciwko zmutowanej cytrulinowej wimentynie)	30,00
233	Anti – B2 glikoproteina IgG test ilościowy	30,00
234	Anti – B2 glikoproteina IgM test ilościowy	30,00
235	Anti – Cardiolipin IgG test ilościowy	30,00
236	Anti – Cardiolipin IgM test ilościowy	30,00
237	Anti MPO pANCA test ilościowy	30,00
238	Anti – PR3hs cANCA test ilościowy	30,00
239	AMA – M2 test ilościowy	30,00
240	Anti – GBM test ilościowy	30,00
241	Anti – LKM – 1 test ilościowy	30,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel"	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.	CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	

242	Anti – ITG IgA test ilościowy (przeciwciała przeciwko transglutaminazie tkankowej IgA)	30,00
243	Anti – Borrelia IgG sur. test ilościowy (przeciwciała przeciwko boreliozie IgG w surowicy)	30,00
244	Anti – Borrelia IgM sur. test ilościowy (przeciwciała przeciwko boreliozie IgM w surowicy)	30,00
245	Anti – Chlamydia pneumoniae IgG test ilościowy	30,00
246	Anti – Chlamydia pneumoniae IgM test ilościowy	30,00
247	Anti – Chlamydia trach.IgG test ilościowy	30,00
248	Anti – Chlamydia trach.IgM test ilościowy	30,00
249	Anti – EBV (VCA IgM) test ilościowy	30,00
250	Anti – EBV (VCA IgG) test ilościowy	30,00
251	Anti – Mycoplasma IgG test ilościowy	30,00
252	Anti – Mycoplasma IgM test ilościowy	30,00
253	Anti – Bordetella pertusis IgA test ilościowy (przeciwciała przeciw krztuścowi IgA)	30,00
254	Anti – Bordetella pertusis IgG test ilościowy (przeciwciała przeciw krztuścowi IgG)	30,00
255	Test potwierdzenia borelioza IgG	90,00
256	Test potwierdzenia borelioza IgM	90,00
257	Anti-HSV 1 opryszczka IgG	30,00
258	Anti-HSV 1 opryszczka IgM	30,00
259	Anti Yersinia IgA	30,00
260	Anti Yersinia IgG	30,00
261	ENA screen	30,00
262	Kalprotektyna w kale	80,00
263	Anti-Helicobacter Pylorii IgG test ilościowy	30,00
264	Różne przeciwciała (inne niż wyżej wymienione)	30,00
265	ANA profil 1 (12 antygenów)	90,00
266	ANA profil 2 (3 antygeny)	40,00
267	ANA profil 3 (8 antygenów)	70,00

PRACOWNIA SEROLOGII

BADANIA Z ZAKRESU SEROLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ		cena netto [zł]
301	Grupa krwi i Rh bez przeciwciał (ew. fenotyp Rh i K z układu KELL)	30,00
302	Grupa krwi i Rh z przeciwciałami (ew. fenotyp Rh i K z układu KELL)	55,00
303	Badanie przeglądowe przeciwciał odpornościowych	45,00
304	BTA	25,00
305	Grupa krwi i Rh noworodka	42,00
306	Próba zgodności serologicznej – 1 donacja	50,00
307	Rozmrożenie osocza – 1 jednostka	18,00
308	Odpis wyniku	10,00

LABORATORIUM BAKTERIOLOGICZNE

BADANIA BAKTERIOLOGICZNE		cena netto [zł]
331	Posiew moczu	30,00
332	Posiew BAL, posiew materiału z dolnych dróg oddechowych tlenowo/beztlenowo	105,00
333	Posiew tkanek tlenowo/beztlenowo	110,00
334	Posiew zastawek	60,00
335	Wykrywanie rozpuszczalnych antygenów Streptococcus pneumoniae w moczu	50,00
336	Wykrywanie rozpuszczalnych antygenów Legionella pneumophila serogrupa 1 w moczu	50,00
337	Posiew krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego (posiew w kierunku bakterii tlenowych)	65,00
338	Posiew płynu mózgowo-rdzeniowego, wymazu z mózgu tlenowo/beztlenowo	120,00
339	Posiew wymazu z gardła	30,00
340	Posiew w kierunku nosicielstwa 1 patogenu: np.MRSA, ESBL, MBL, VRE lub innego	45,00
341	Posiew kału, wymazu z odbytu w kierunku: Salmonella spp., Shigella spp., Campylobacter jejuni/coli, Yersinia enterocolitica, Listeria spp., STEC (vetotoksyczne E.coli)	80,00
342	Kał w kierunku rota/adenowirusów	40,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chałubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel"	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.	CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	

343	Badanie kału w kierunku norowirusów	70,00
344	Kał w kierunku: rota/adeno/norowirusów	75,00
345	Kał w kierunku C.difficile (wykrywanie toksyn A/B, antygeny + posiew)	100,00
346	Wymaz z narządów moczowo-płciowych (pochwy, cewki moczowej, szyjki macicy i inne), posiew nasienia: tlenowo	60,00
347	Wymaz z narządów moczowo-płciowych tlenowo/beztlenowo	110,00
348	Wymaz z szyjki macicy, moc (mężczyźni) w kierunku Chlamydia trachomatis	55,00
349	Wymaz z cewki moczowej, wymaz z szyjki macicy w kierunku Mycoplasma hominis Ureaplasma urealyticum (z ew. antybiogramem)	60,00
350	Posiew w kierunku Neisseria gonorrhoeae	35,00
351	Badanie w kierunku Trichomonas vaginalis	18,00
352	Posiew w kierunku Candida spp.	33,00
353	Badanie czystości mikrobiologicznej powierzchni, powietrza (badanie czystościowe)	60,00
354	Plwocina, wymaz z ucha, wymaz z nosa	55,00
355	Inne posiewy w kierunku bakterii tlenowych nie wyszczególnione w cenniku	55,00
356	Inne posiewy tlenowo/beztlenowo nie wyszczególnione w cenniku	105,00
357	Identyfikacja 1 drobnoustroju	50,00
358	Antybiogram dla bakterii tlenowych	65,00
359	Antybiogram dla drożdżaków metodą ilościową MIC	80,00
360	Antybiogram dla bakterii beztlenowych metodą ilościową MIC	100,00
361	Sporal A	32,00
362	Sporal S	32,00
363	Posiew w kierunku Streptococcus agalactiae (GBS)	35,00
364	Test kilowy	25,00
365	Posiew w kierunku Escherichia coli O:157 H:7 i innych STEC (wraz z wykrywaniem toksyn Shiga 1, Shiga 2)	55,00
366	Posiew sterylnych płynów z jam ciała innych niż krew i płyn mózgowo-rdzeniowy, tlenowo/beztlenowo	135,00
367	Posiew w kierunku bakterii beztlenowych	60,00
368	Badanie w kierunku M.pneumoniae (wykrywanie przeciwciał w klasie IgM w surowicy krwi)	75,00
369	Wymaz w kierunku RSV	45,00
370	Posiew w kierunku Legionella spp.	80,00
371	Posiew w kierunku Bordetella spp.	60,00
372	Badanie jałowości produktu	100,00
373	Wykrywanie przeciwciał IgM anty Chlamydia pneumoniae w surowicy	40,00
374	Badanie w kierunku grypy A/B (wymaz z nosogardzieli)	35,00
375	Wykrywanie antygenów Helicobacter pylori w kale	25,00
376	Wykrywanie Laktoferyny w kale	55,00
377	Posiew w kierunku Enterobacter sakazakii	15,00
378	Posiew w kierunku Bacillus cereus	15,00
379	Posiew w kierunku Malassezia	15,00
380	Wykrywanie Kalprotektyny i Laktoferyny w kale	60,00

ZAKŁAD RADIOLOGII

PRACOWNIE RTG - ZDJĘCIA RTG		cena netto [zł]
401	Czaszki PA i boczne	25,00
402	Czaszki PA i 2 x boki-pourazowe	40,00
403	Czaszki (podstawa, kość potyliczna)	25,00
404	Twarzoczaszki	25,00
405	Celowane na siodełko tureckie	25,00
406	Celowane na siodełko tureckie + bok	30,00
407	Zatok obocznych nosa	25,00
408	Oczodołu z lokalizacją ciała obcego 2 x PA i boczne	32,00
409	Żuchwy PA	25,00
410	Żuchwy skosy	25,00
411	Łuków jarzmowych	25,00
412	Stawów skroniowo – żuchwowych	25,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

413	Kości nosa	25,00
414	Uszu Stenwers lub Schuller	30,00
415	Uszu Stenwers i Schuller	50,00
416	Kości skroniowych metodą transorbitalną	25,00
417	Kręgosłupa szyjnego PA i boczne	38,00
418	Kręgosłupa szyjnego boczne	25,00
419	Kręgosłupa szyjnego czynnościowe	35,00
420	Kręgosłupa szyjnego skośne	35,00
421	Kręgosłupa szyjnego celowane na ząb obrotnika	25,00
422	Kręgosłupa piersiowego PA i bok	45,00
423	Kręgosłupa krzyżowo-lędźwiowego PA i bok	45,00
424	Kręgosłupa krzyżowo-lędźwiowego skosy	45,00
425	Kręgosłupa krzyżowo-lędźwiowego czynnościowe	45,00
426	Celowane danego kręgu kręgosłupa	25,00
427	Celowane L5-S1	25,00
428	Klatki piersiowej boczne	30,00
429	Kości krzyżowej PA i bok	30,00
430	Kości ogonowej	30,00
431	Klatki piersiowej u niemowląt PA	25,00
432	Klatki piersiowej u niemowląt PA i bok	35,00
433	KLP z sylwetką serca u niemowląt (kontrast) PA i bok	40,00
434	Klatki piersiowej u dzieci do 14 lat PA	25,00
435	Klatki piersiowej u dzieci do 14 lat PA i bok	40,00
436	KLP u dzieci do 14 lat z sylwetką serca (kontrast) PA i bok	50,00
437	KLP u dorosłych PA	35,00
438	KLP u dorosłych PA i bok	40,00
439	KLP u dorosłych z sylwetką serca (kontrast) PA i bok	50,00
440	AP szczytów płuc wg Przybylskiego	25,00
441	Mostka	35,00
442	Celowane stawu mostkowo-obojczykowego	25,00
443	Obojczyka	25,00
444	Łopatkę AP i bok	35,00
445	Stawu barkowego	25,00
446	Stawu barkowego AP i osiowo	40,00
447	Stawu barkowego osiowo	25,00
448	Kości ramiennej AP i bok	35,00
449	Stawu łokciowego	25,00
450	Stawów łokciowych porównawcze	35,00
451	Kości przedramienia	25,00
452	Kości przedramion porównawcze	35,00
453	Nadgarstka	25,00
454	Nadgarstków porównawcze	35,00
455	Dłoni na wiek kostny	25,00
456	Dłoni po urazie	25,00
457	Obu dłoni PA	25,00
458	Stawu biodrowego z kością udową AP (rozmiar blony 35 x 43)	35,00
459	Palców (wszystkie tzn + kciuk + paluch stopy)	25,00
460	Stawów biodrowych u niemowląt	25,00
461	Stawu biodrowego AP	25,00
462	Stawów biodrowych AP porównawcze	35,00
463	Stawów krzyżowo-biodrowych	25,00
464	Stawów Krzyżowo-biodrowych skośne x 2	40,00
465	Stawu biodrowego osiowo	25,00
466	Stawu biodrowego + zdjęcie osiowe st. biodrowego	40,00
467	Miednicy	30,00
468	Spojenia łonowego	25,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chałubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel"	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.	CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	

469	Talerza biodrowego	25,00
470	Kości udowej	40,00
471	Stawu kolanowego	25,00
472	Stawów kolanowych porównawcze PA i bok	40,00
473	Podudzia	30,00
474	Podudzia porównawcze	40,00
475	Stopy	25,00
476	Stopy porównawcze	40,00
477	Palucha stopy	25,00
478	Kości piętowej	25,00
479	Stawu skokowego	25,00
480	Stawów skokowych porównawcze	40,00
481	Tchawicy	25,00
482	Przeładowe jamy brzusznej	35,00
483	Jamy brzusznej boczne lub skośne	35,00
484	Jamy brzusznej a-p + boczne	45,00
485	Ciało obce w dowolnej części ciała	25,00
486	Kontrastowe przełyku	40,00
487	Kontrastowe przełyku, żołądka i dwunastnicy	80,00
488	Kontrastowe jelita cienkiego (pasaż)	100,00
489	Jednokontrastowe jelita grubego	90,00
490	Dwukontrastowe jelita grubego	150,00
491	Kontrastowe jelita –pasażu-z użyciem środka cieniującego rozpuszczalnego w wodzie	150,00
492	Kontrastowe żył – flebografia	70,00
493	Cholangiografia przez dren	90,00
494	Cystourethrografia u dziecka	150,00
495	Urografia u dziecka	120,00
496	Urografia	150,00
497	Urografia z kontrastem niejonowym (u osób alergicznych)	150,00
498	Zakładanie igieł lokalizacyjnych przed operacją sutków	70,00
499	HSG dróg rodnych	100,00
500	Fistulografia	100,00
501	Scopia np. płuc	35,00
502	Rzepka	25,00
503	Scolioza	35,00
504	Skośne żeber	30,00
505	Żeber	35,00
506	Kanału nerwu wzrokowego	25,00
507	Zdjęcia wykonane na oddziale wszystkie (przyłóżkowo)	50,00
508	Opis zdjęć spoza zakładu	25,00
509	Odpis wyniku	10,00
510	Dodatkowa dokumentacja na płycie CD lub DVD	5,00
511	Wysyłka wyniku w formie papierowej i na płycie CD lub DVD (znaczek, koperta bąbelkowa)	10,00
PRACOWNIA ULTRASONOGRAFII		cena netto [zł]
541	USG jamy brzusznej (wątroba, drogi żółciowe, trzustka, śledziona, układ moczowy, gruczoł krokowy)	100,00
542	USG stawów np. łokciowy, kolanowy, bioder	100,00
543	USG jamy opłucnej lub pojedynczego narządu	50,00
544	USG narządów powierzchniowych np. tarczycy	80,00
545	USG narządów powierzchniowych, np. piersi, jądra	100,00
546	USG płodu	100,00
547	USG ginekologiczne	100,00
548	USG przezciężniczkowe u niemowląt	80,00
549	Biopsja pod kontrolą USG	180,00
550	USG Doppler tętnic	100,00
551	USG Doppler żył	100,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chałubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

552	Badanie płodu + Doppler tętnic pępowinowej i środkowej mózgu	100,00
PRACOWNIA MAMMOGRAFII		cena netto [zł]
571	Mammografia dwóch piersi	90,00
572	Mammografia jednej piersi	50,00
573	Mammografia – zdjęcie celowane - powiększone	25,00
PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ		cena netto [zł]
601	TK głowy bez kontrastu	300,00
602	TK głowy z kontrastem	400,00
603	TK kości, stawów, twarzoczaszki, zatok (w tym poj. odcinek kręgosłupa) bez kontrastu	300,00
604	TK kości, stawów (w tym poj. odcinek kręgosłupa) z kontrastem	400,00
605	TK stawów skroniowo-żuchwowych, uszu bez kontrastu	300,00
606	TK stawów skroniowo-żuchwowych, uszu z kontrastem	400,00
607	TK twarzoczaszki, zatok obocznych nosa z kontrastem)	400,00
608	TK szyi bez kontrastu	300,00
609	TK szyi z kontrastem	400,00
610	TK klatki piersiowej bez kontrastu (w tym HRCT))	300,00
611	TK kl piersiowej z kontrastem	400,00
612	TK jamy brzusznej bez kontrastu	400,00
613	TK jamy brzusznej z kontrastem	500,00
614	TK jamy brzusznej trójfazowe	600,00
615	TK jamy brzusznej i miednicy małej bez kontrastu	500,00
616	TK jamy brzusznej + miednicy z kontrastem	600,00
617	TK miednicy bez kontrastu	350,00
618	TK miednicy z kontrastem	450,00
619	TK głowy i angio-CT głowy	700,00
620	TK dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez kontrastu	600,00
621	TK dwóch lub więcej okolic anatomicznych z kontrastem	700,00
622	Angio-CT tętnic dogłowych	550,00
623	Angio-CT koła Willisja	550,00
624	Angio-CT tętnic płucnych (zatorowość)	600,00
625	Angio – CT aorty piersiowej	700,00
626	Angio - CT aorty brzusznej	700,00
627	Angio-CT całej aorty	900,00
628	Angio-CT tętnic nerkowych	550,00
629	Angio-CT tętnic biodrowych, udowych i podkolanowych	700,00
630	Angio-CT aorty brzusznej, tętnic biodrowych i udowych	700,00
631	Angio-CT serca z calcium lub baypasy	800,00
632	Angio-CT serca	700,00
633	TK serca calcium	500,00
634	Badanie TK w urazach wielonarządowych bez kontrastu	500,00
635	Badanie TK w urazach wielonarządowych z kontrastem	600,00
636	Kolonografia TK	600,00
637	Podanie kontrastu	100,00
638	Sedacja pacjenta	100,00
639	Dokumentacja na kliszy (1 film)	30,00
PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO		cena netto [zł]
701	MR głowy bez kontrastu	500,00
702	MR głowy przed i po kontraście	650,00
703	MR angio głowy bez kontrastu (Tof) + MR mózgowia	600,00
704	MR angio głowy z kontrastem	750,00
705	MR głowy z kontrastem perfuzyjne mózgu	1 000,00
706	MR przysadki mózgowej z kontrastem badanie dynamiczne	700,00
707	MR oczodołów lub zatok bez kontrastu	500,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

708	MR oczodołów lub zatok z kontrastem	650,00
709	MR szyi (angiografia naczyń szyjnych) bez kontrastu	600,00
710	MR tkanek miękkich szyi lub twarzoczaszki bez kontrastu	500,00
711	MR tkanek miękkich szyi lub twarzoczaszki z kontrastem	650,00
712	MR kręgosłupa szyjnego bez kontrastu	500,00
713	MR kręgosłupa szyjnego przed i po kontraście	650,00
714	MR kręgosłupa piersiowego bez kontrastu	500,00
715	MR kręgosłupa piersiowego przed i po kontraście	650,00
716	MR kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez kontrastu	500,00
717	MR kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego przed i po kontraście	650,00
718	MR kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu	800,00
719	MR kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego bez kontrastu	800,00
720	MR kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu	1 100,00
721	MR stawu (np. stopy, dłoni) bez kontrastu	550,00
722	MR stawu przed i po kontraście	700,00
723	MR jamy brzusznej bez kontrastu	550,00
724	MR jamy brzusznej przed i po kontraście	700,00
725	Cholangiografia MR bez kontrastu	500,00
726	Angiografia CE naczyń jamy brzusznej bez kontrastu	550,00
727	MR miednicy bez kontrastu	550,00
728	MR miednicy przed i po kontraście	700,00
729	Badanie MR śródpiersia bez kontrastu	550,00
730	Badanie MR śródpiersia przed i po kontraście	700,00
731	Angiografia CE naczyń klp bez kontrastu	550,00
732	Angiografia CE naczyń KK dolnych bez kontrastu	800,00
733	MR piersi badanie dynamiczne przed i po kontraście	800,00
734	Inne badanie MR (pojedynczej okolicy anatomicznej) bez kontrastu	550,00
735	Inne badanie MR (pojedynczej okolicy anatomicznej) przed i po kontraście	650,00
736	Angiografia CE innych naczyń bez kontrastu	750,00
737	MR serca z ilościową oceną funkcji skurczowej	750,00
738	MR serca z ilościową oceną funkcji skurczowej i oceną żywotności	750,00
739	MR badanie morfologiczne serca z ilościową oceną funkcji skurczowej i oceną żywotności	800,00
740	MR badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej i oceną żywotności, oceną perfuzji w spoczynku oraz oceną żywotności	900,00
741	MR badanie serca z oceną ilościową przepływu krwi	550,00
742	Dodatkowa dokumentacja – cena 1 filmu	30,00
743	Dodatkowa dokumentacja – płyta CD	5,00

PRACOWNIA ENDOSKOPII

BADANIA ENDOSKOPOWE		cena netto [zł]
801	Kolonoskopia	400,00
802	Kolonoskopia z biopsją	450,00
803	Kolonoskopia z polipektomią	1 034,00
804	Znieczulenie ogólne do kolonoskopii	280,00
805	Sigmoidoskopia	150,00
806	Sigmoidoskopia z biopsją	190,00
807	Gastroskopia	125,00
808	Gastroskopia z testem urazowym	160,00
809	Gastroskopia w znieczuleniu z testem urazowym	250,00
810	Gastroskopia z testem urazowym z biopsją	222,50
811	Gastroskopia z testem urazowym z biopsją 2 x	225,00
812	Gastroskopia z polipektomią	590,00
813	Zakładanie przezskórnej endoskopowej pastrastomii (gastrostomia typu PEG).	750,00
814	Endoskopowa choleścystopenkieotografia wsteczna (ECPW) diagnostyczna w znieczuleniu	990,00
815	ECPW ze sfinkterotomią w znieczuleniu	1 200,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

816	ECPW ze sfinkterotomią i usunięciem złożeń z dróg żółciowych w znieczuleniu	1 650,00
817	ECPW ze sfinkterotomią i założeniem protezy dróg żółciowych w znieczuleniu	1 540,00
818	Gastroskopia z endoskopowymi zabiegami tamowania krwawienia	1 060,00
819	Gastroskopia z endoskopowymi zabiegami tamowania krwawienia + klips nac.	1 060,00
		+ koszt klipsów nac.
820	Gastroskopia z endoskopowymi zabiegami tamowania krwawienia + gumki na żyłki przełyku	1 060,00
		+ koszt gumek
821	Gastroskopia z usuwaniem ciała obcego	500,00
822	Kolonoskopia z usuwaniem ciała obcego	600,00
823	Gastroskopia – poszerzenie przełyku balonem	2 652,00
824	Założenie balonu do żołądka	5 508,00
825	Gastroskopia z użyciem argonu	1 872,00
826	Kolonoskopia z użyciem argonu	1 092,00
827	Usunięcie balonu z żołądka	5 508,00
828	Proteza do przełyku w gastroscopii	11 200,00
829	Retroskopia	100,00
830	Retroskopia z biopsją	130,00
831	Proktoskopia	100,00
832	Proktoskopia z biopsją	130,00

PRACOWNIA EEG		cena netto [zł]
851	Badanie elektroencefalograficzne (EEG) bez opisu	60,00
852	Badanie elektroencefalograficzne (EEG) do 20 min. z opisem	70,00
853	Badanie elektroencefalograficzne (EEG) do 20 min. z opisem, z wydłużonym czasem przygotowania pacjenta	90,00
854	Badanie EEG w czasie snu spontanicznego bez opisu	90,00
855	Badanie EEG w czasie snu spontanicznego z opisem	100,00
856	Badanie wideometrii (Video EEG) do 2 godzin	180,00
857	Badanie wideometrii (Video EEG) za każdą następną godzinę przekraczającą czas podstawowy	45,00
858	Holter EEG do 2 godzin	300,00
859	Holter EEG za każdą następną godzinę przekraczającą czas podstawowy	50,00

PRACOWNIA EMG		cena netto [zł]
871	Badanie przewodnictwa do dwóch nerwów obwodowych	160,00
872	Badanie przewodnictwa trzech nerwów obwodowych	200,00
873	Badanie przewodnictwa czterech nerwów obwodowych	250,00
874	Próba tężyczkowa	130,00
875	Próba miasteniczna jednego mięśnia	130,00
876	Badanie jednego mięśnia	50,00
877	Diagnostyka polineuropatii	300,00
878	Diagnostyka splotu barkowego	250,00
879	Diagnostyka SLA	300,00
880	Zespoły korzeniowe	300,00

ZAKŁAD HEMODYNAMIKI (KARDIOLOGII INWAZYJNEJ)		cena netto [zł]
901	Angiografia tętnic dolnych	1 600,00
902	Angiografia tętnic płucnych	1 600,00
903	Angiografia tętnic nerkowych	1 600,00
904	Angiografia tętnic dogłowych	1 600,00
905	Angioplastyka tętnic kończyn dolnych ze stentem	8 000,00
906	Angioplastyka tętnic kończyn dolnych balonowa	5 500,00
907	Angioplastyka tętnic nerkowych ze stentem	8 000,00
908	Angioplastyka tętnic nerkowych balonowa	5 500,00
909	Angioplastyka tętnic dogłowych	13 500,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

910	Koronarografia	1 600,00
911	Koronaroplastyka bez stentu	5 000,00
912	Koronaroplastyka z użyciem 1 stentu	7 500,00
913	Dodatkowy stent do koronaroplastyki	2 200,00
914	Koronaroplastyka ze stentem pokrytym lekiem	16 400,00
915	Dodatkowy balon pokryty lekiem	2 500,00
916	Koronaroplastyka z użyciem cewnika balonowego pokrywanego lekiem	8 000,00

INNE BADANIA		cena netto [zł]
931	Badanie EKG z opisem	30,00
932	Badanie EKG	25,00
933	Badanie echokardiograficzne	100,00
934	Badanie echokardiograficzne z dobutaminą	550,00
935	Badanie echokardiograficzne przezprzelykowe	350,00
936	Badanie Holtera	100,00
937	Badanie Holtera z analizą ST	150,00
938	Stymulacja przezprzelykowa	120,00
939	Test wysiłkowy	100,00
940	Test pionizacyjny	200,00
941	Cystoskopia –dorośli	109,00
942	Cystoskopia - dziecięca	272,00
943	Konsultacja profesorska	150,00
944	Zapis KTG - badanie	40,00

PRACOWNIA SPIROMETRII		cena netto [zł]
960	Badanie pirometryczne z opisem	40,00

ZAKŁAD PATOMORFOLOGII

HISTOPATOLOGIA		cena netto [zł]
961	Badanie histopatologiczne jednotkankowe (1 bloczek)	45,00
962	Badanie histopatologiczne wielotkankowe materiału operacyjnego za każdy bloczek	45,00
963	Ocena preparatów cytologicznych (BAC) za 1 narząd	80,00
964	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) wraz z oceną preparatów	100,00
965	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana (BACC) wraz z oceną preparatów	150,00
966	Badanie immunohistochemiczne za 1 marker	80,00
967	Ocena preparatów histopatologicznych sekcyjnych (jeden narząd)	45,00
968	Przechowywanie zwłok (1 doba)	50,00
969	Badanie płynów z jam ciała	45,00
970	Badanie śródoperacyjne (intra)	100,00
971	Autopsja (sekcja zwłok) bez badań histopatologicznych	1 050,00
972	Wynajęcie sali sekcyjnej na 1 autopsję nie dłużej niż 2 godziny	150,00
973	Wynajęcie sali sekcyjnej na 1 autopsję za kolejną godzinę powyżej 2 g	60,00

ZAKŁAD REHABILITACJI

ZABIEGI KINEZYTERAPII		cena netto [zł]
1001	Ćwiczenia bierne manualne - kinezyterapia z terapeutą (30 min. *1/1)	30,00
1002	Ćwiczenia bierne mechaniczne Artromot (30 min.)	20,00
1003	Ćwiczenia samowspomagane - kinezyterapia UGUL (30 min.)	25,00
ZABIEGI FIZYKOTERAPII		cena netto [zł]
1051	Kąpiel wirowa kkg (15 min.)	15,00
1052	Kąpiel wirowa kkd (15 min.)	15,00



**WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Nowej Soli**

ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól

NIP: 9251723350
REGON: 970774733
KRS: 0000011616

"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel"

Obowiązuje
od 26 sierpnia 2020 r.

**CENNIK ODPLATNYCH BADAN I USŁUG MEDYCZNYCH
DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH**

1053	Masaż suchy kręgosłupa całkowity (30 min.)	45,00
1054	Masaż suchy odcinka kręgosłupa (C-Th, L-S, obręcz barkowa+odcinek szyjny kręgosłupa, obręcz biodrowa+odcinek lędźwiowo-krzyżowy) (20 min.)	35,00
1055	Masaż suchy całościowy (50 min.)	90,00
1056	Masaż suchy jednej okolicy ciała (20 min.)	30,00
1057	Masaż suchy kolejnej okolicy ciała (20 min.)	24,50
1058	Masaż (drenaż) limfatyczny kkg (20 min.)	40,00
1059	Masaż (drenaż) limfatyczny kkd (20 min.)	40,00
1060	Masaż podwodny hydropowietrzny (20 min.)	40,00
1061	Galwanizacja (do 15 min.)	8,00
1062	Jonoforeza (do 15 min.)	8,00
1063	Elektrostymulacja (do 15 min.)	8,00
1064	Elektrostymulacja punktowa (do 15 min. *1/1)	20,00
1065	Tonoliza (do 15 min.)	8,00
1066	Prądy DD (do 15 min.)	8,00
1067	Prądy interferencyjne (do 15 min.)	8,00
1068	Prądy Tensa (do 15 min.)	8,00
1069	Laseroterapia skaner (1 okolica)	10,00
1070	Laseroterapia punktowa (1 okolica *1/1)	15,00
1071	Ultradźwięki (do 10 min. *1/1)	15,00
1072	Krioterapia miejscowa – azot 1 okolica (3 min.)	15,00
1073	Pole magnetyczne (1 okolica)	9,00
1074	DKF / Terapuls (1 okolica)	9,00
1075	Naświetlanie IR UV Sollux (1 okolica)	6,00
1076	Parafina miejscowa (20 min.)	15,00
1077	Inne zabiegi fizykoterapeutyczne	8,00

PORADNIE AMBULATORYJNE

PORADA / KONSULTACJA		cena netto [zł]
1101	Poradnia alergologiczna	100,00
1102	Poradnia chirurgii dziecięcej	100,00
1103	Poradnia chirurgii naczyniowej	120,00
1104	Poradnia chirurgii ogólnej	120,00
1105	Poradnia chirurgii plastycznej i oparzeń	150,00
1106	Poradnia endokrynologiczna	100,00
1107	Poradnia gastroenterologiczna	100,00
1108	Poradnia ginekologiczno-położnicza	120,00
1109	Poradnia kardiologiczna	180,00
1110	Poradnia internistyczno-diabetologiczna	100,00
1111	Poradnia nefrologiczna	180,00
1112	Poradnia neonatologiczna	100,00
1113	Poradnia neurochirurgiczna	120,00
1114	Poradnia neurologiczna	100,00
1115	Poradnia neurologii dziecięcej	100,00
1116	Poradnia preluksacyjna	100,00
1117	Poradnia proktologiczno-stomijna	100,00
1118	Poradnia reumatologiczna	100,00
1119	Poradnia urazowo-ortopedyczna	100,00
1120	Poradnia urologiczna	100,00
1121	Poradnia onkologiczna	100,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE WYKONYWANE W AMBULATORIUM SOR

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY		cena netto [zł]
1201	Badanie EKG	25,00
1202	Badanie osoby zatrzymanej przez Policję	130,00
1203	Badanie parametrów krytycznych (ABL)	15,00
1204	Blokada (wstrzyknięcie sterydu)	100,00
1205	Desauolt elastyczny	40,00
1206	Desauolt gipsowy	110,00
1207	Drenaż opłucnej	450,00
1208	Farmakoterapia zaburzeń rytmu – za każdą rozpoczętą godzinę	65,00 + koszt leków
1209	Iniekcja domięśniowa	10,00
1210	Iniekcja dożylna	20,00
1211	Iniekcja podskórna	10,00
1212	Kardiowersja elektryczna (ze znieczuleniem)	400,00
1213	Mycie głowy, założenie czepca	20,00
1214	Nacięcie ropnia pojedynczego	50,00
1215	Nakłucie jamy brzusznej	130,00
1216	Nakłucie jamy opłucnej	130,00
1217	Nastawienie złamania i zwichnięcia kończyny górnej	180,00
1218	Nebulizacja	30,00
1219	Opatrunek gipsowy kończyny dolnej	130,00
1220	Opatrunek gipsowy kończyny górnej	60,00
1221	Płukanie pęcherza moczowego	20,00
1222	Płukanie portów naczyniowych	50,00
1223	Płukanie żołądka	120,00
1224	Pobranie materiału do badań	10,00
1225	Pobranie od osoby zatrzymanej krwi do badania na zawartość alkoholu lub narkotyków (bez badania analitycznego) łącznie ze sporządzeniem protokołu pobrania krwi z przeprowadzeniem przez lekarza niezbędnej obserwacji i wywiadu	40,00
1226	Pomiar RR, tętna, temperatury	20,00
1227	Pomiar stężenia glukozy	10,00
1228	Porada lekarska ogólna	50,00
1229	Porada pielęgniarska	40,00
1230	Porada specjalistyczna	60,00
1231	Punkcja stawu	100,00
1232	Sonda do żołądka	50,00
1233	Szycie ran - duże	150,00
1234	Szycie ran - małe	100,00
1235	Tamponada nosa przednia	50,00
1236	Test na narkotyki	50,00
1237	Tlenoterapia normobaryczna	25,00
1238	Toaleta całego ciała	50,00
1239	Usunięcie klamerek	150,00
1240	Usunięcie paznokcia	270,00
1241	Usunięcie szwów	120,00
1242	Wlew dożylny kroplowy	35,00
1243	Wlew odbytniczy	15,00
1244	Wydanie zaświadczenia lekarskiego	20,00
1245	Wykonanie lub zmiana opatrunku	20,00
1246	Wystawienie karty zgonu	25,00
1247	Założenie cewnika do pęcherza moczowego (cewnikowanie)	70,00
1248	Założenie wenflonu	15,00
1249	Zaopatrzenie ran po oparzeniu na 9% powierzchni ciała	170,00
1250	Zaopatrzenie ran po oparzeniu twarzy	50,00
1251	Zdjęcie gipsu	60,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

1252	Zmiana cewnika	25,00
1253	Znieczulenie ogólne dożylnie do badań i krótkich zabiegów	200,00
1254	test kasetkowy IgM / IgG anty SARS-CoV-2	60,00

USŁUGI TRANSPORTU SANITARNEGO		cena netto [zł]
1281	Przewóz karetką bez ratownika [zł/godz] stawka za 1 km przewozu [zł/km]	28,00
		1,40
1282	Przewóz karetką z ratownikiem [zł/godz] stawka za 1 km przewozu [zł/km]	63,00
		1,40
1283	Przewóz karetką z pielęgniarką [zł/godz] stawka za 1 km przewozu [zł/km]	63,00
		1,40
1284	Przewóz karetką z pielęgniarką i ratownikiem [zł/godz] stawka za 1 km przewozu [zł/km]	105,00
		1,40
1285	Przewóz karetką z lekarzem i ratownikiem lub pielęgniarką [zł/godz] stawka za 1 km przewozu [zł/km]	130,00
		1,40
1286	Przewóz karetką z lekarzem, pielęgniarką i ratownikiem stawka za 1 km przewozu [zł/km]	170,00
		1,40
1287	stawka za 1 km przewozu [zł/km]	1,40
1288	Wyjazd karetki podstawowej	400,00
1289	Wyjazd karetki specjalistycznej	600,00

STACJONARNE I CAŁODOBOWE SZPITALNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

nazwa oddziału - hospitalizacja		cena netto [zł]
1301	Oddział wewnętrzny	ustalana na podstawie rzeczywistego kosztu udzielenia świadczenia dla danego oddziału
1302	Oddział endokrynologii	
1303	Oddział gastroenterologii	
1304	Oddział kardiologii	
1305	Oddział nefrologii	
1306	Oddział neurologii	
1307	Oddział neurologii dziecięcej	
1308	Oddział AilT	
1309	Oddział reumatologii	
1310	Oddział pediatrii	
1311	Oddział neonatologii	
1312	Oddział położniczo-ginekologiczny	
1313	Oddział chirurgii ogólnej	
1314	Oddział chirurgii naczyniowej	
1315	Oddział chirurgii onkologicznej	
1316	Oddział chirurgii plastycznej i oparzeń	
1317	Oddział neurochirurgii	
1318	Oddział ortopedii i traumatologii	
1319	Oddział urologii	
1320	Oddział rehabilitacji	
1321	SOR	

STACJONARNE I CAŁODOBOWE SZPITALNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE NIEFINANSOWANE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

nazwa oddziału - hospitalizacja		cena netto [zł]
3901	Oddział urologii - RIRS	7 500,00

	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli ul. Chalubińskiego 7, 67-100 Nowa Sól	NIP: 9251723350 REGON: 970774733 KRS: 0000011616
	"Zadowolenie i zdrowie pacjenta to nasz cel" CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH	
Obowiązuje od 26 sierpnia 2020 r.		

POZOSTAŁE OPŁATY

	nazwa	cena netto [zł]
1351	przechowywanie zwłok (powyżej 72. godzin) - 1 doba	50,00
1352	wyżywienie przedstawiciela ustawowego lub faktycznego opiekuna podczas sprawowania opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności - śniadanie	6,25
1353	wyżywienie przedstawiciela ustawowego lub faktycznego opiekuna podczas sprawowania opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności - obiad	12,50
1354	wyżywienie przedstawiciela ustawowego lub faktycznego opiekuna podczas sprawowania opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności - kolacja	6,25
1356	sporządzenie kopii 1 strony dokumentacji medycznej	0,29
1357	wysyłka dokumentacji medycznej za potwierdzeniem odbioru	wg rzeczywistych kosztów
1359	pobranie od osoby zatrzymanej krwi do badania na zawartość alkoholu lub narkotyków (bez badania analitycznego) łącznie ze sporządzeniem protokołu pobrania krwi z przeprowadzeniem przez lekarza niezbędnej obserwacji i wywiadu	40,00
1360	udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych (z wyjątkiem pierwszego udostępnienia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu)	1,63
1361	sporządzenie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - 1 strona (z wyjątkiem pierwszego udostępnienia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu)	8,17
1362	sprzedaż książeczki zdrowia dziecka - pustego druku (np. w przypadku zagubienia)	3,50
1363	odtworzenie zapisów książeczki zdrowia z dokumentacji medycznej	75,00
1364	sporządzenie kopii 1 strony dokumentacji niemedycznej	0,29

UWAGA:

- 1 Dla pozycji innych niż świadczenia medyczne wykonywane w celu ratowania zdrowia lub życia albo działania prewencyjnego do podanych cen netto dolicza się kwotę podatku VAT
- 2 Przy ustalaniu wysokości opłaty za świadczenia zdrowotne inne, niż finansowane ze środków publicznych uwzględnia się rzeczywiste koszty udzielania świadczenia zdrowotnego.

DYREKTOR
 WIELOSPECJALISTYCZNEGO SZPITALA
 SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO
 ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ w Nowej Soli

Bożena Osieńska