



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>SPIS TREŚCI:</b>		<b>STR.</b>
1.	BADANIA LABORATORYJNE	2 - 8
2.	SZKOŁA RODZENIA / OPŁATA ZA OBECNOŚĆ PRZY PORODZIE	9
3.	BADANIA USG, KTG, EKG	10
4.	BADANIA RTG	11 - 13
5.	BADANIA DENSYTOmetryczne	14
6.	BADANIA URODYNAMICZNE	14
7.	BADANIA ANDROLOGICZNE	15
8.	BADANIA W PRACOWNI PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY	16 - 17
9.	BADANIA W PRACOWNI PATOMORFOLOGII	18
10.	ZABIEGI W LECZENIU NIEPŁODNOŚCI	19
11.	ZABIEGI MAŁE [z pobytem na oddziale]	20 - 22
12.	ZABIEGI GINEKOLOGICZNE DUŻE	23 - 24
13.	ZABIEGI POŁOŻNICZE I WEWNĄTRZMACICZNE ZABIEGI NA PŁODZIE I OWODNI	25
14.	NOWORODKI - INDYWIDUALNA WYCENA	26
15.	KONSULTACJE / USŁUGI AMBULATORYJNE	27
16.	POZOSTAŁE USŁUGI MEDYCZNE	28
17.	USŁUGI LEKARZA MEDYCZYNY PRACY	29
18.	USŁUGI POZOSTAŁE NIEMEDYCZNE	30
19.	HOTELIK	31



Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
-----	--------------	------

Podstawą do odbioru wyników badań jest dowód KP [rachunek].

W przypadku odbioru wyniku przez osobę trzecią, Pacjent podaje imię i nazwisko, PESEL oraz numer dowodu osoby, którą upoważnia do odbioru wyniku.

BADANIA PODSTAWOWE KRWI I MOCZU		
1	OB. - <b>na czczo</b>	4,00
2	Morfologia - <b>na czczo</b>	12,50
3	Rozmaz [mikroskopowy]	7,50
4	Płytki krwi liczone	6,00
5	Retikulocyty	10,80
6	Żelazo - <b>na czczo</b>	11,30
7	Mocz [badanie ogólne] - <b>na czczo</b>	8,50
8	Elektrolity w moczu: Na [O35.11.065], K [N45.11.065], Cl [I 97.11.065] - <b>na czczo</b>	10,00
9	Elektrolity w surowicy: Na [O35.11.065], K [N45.11.065], Cl [I 97.11.065] - <b>na czczo</b>	10,00
10	Wapń	8,00
11	Magnez	9,50
12	Fosfor nieorganiczny - <b>na czczo</b>	10,50
13	Gazometria	20,00
14	CRP – Białko C - reaktywne	13,00
15	Grupa krwi dorośli	41,90
16	Grupa krwi noworodka	31,80
PROFIL LIPIDOWY		
17	Cholesterol całkowity - <b>na czczo</b>	7,00
18	Cholesterol HDL - <b>na czczo</b>	9,50
19	Trójglicerydy - <b>na czczo</b>	7,50
20	PROFIL LIPIDOWY_Cholesterol całkowity, cholesterol HDL, LDL [obliczony] i trójglicerydy - <b>na czczo</b>	25,00
BADANIA HORMONALNE		
HORMONY PŁCIOWE		
21	LH - Lutropina	17,00
22	FSH - Folikulotropowy	17,00
23	PRL - Prolaktyna - <b>na czczo</b>	17,00
24	E2 - Estradiol	17,00
25	P - Progesteron	25,00
26	T - Testosteron - <b>na czczo</b>	22,00
27	SHBG - Globulina wiążąca hormony płciowe	35,00
28	Cortisol - Kortyzol - <b>na czczo</b>	22,00
29	DHEA-S04 - Dehydroepiandrosteronu siarczan	24,00
30	17 – OH – Progesteron	30,00
31	AMH - ocena rezerwy jajnikowej	140,00



Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>HORMONY TARCZYCY</b>		
32	Free T3 - Wolna trijodotyronina	16,00
33	Free T4 - Wolna tyroksyna	16,00
34	hTSH II - Tyreotropina - <b>na czczo</b>	16,00
<b>HORMONY W MOCZU</b>		
35	17-Kortykosteroidy	88,00
36	17-Hydroksykortykosteroidy	88,00
37	Pregnantiol	102,00
38	Dehydroepiandrosteron	72,00
<b>DIAGNOSTYKA HIPERPROLAKTYNEMII</b>		
39	PRL z PEG - iem tzw. Prolaktyna aktywna - <b>na czczo</b>	34,00
40	PRL z metoklopramidem [2 x 17,00 zł] - <b>na czczo</b>	34,00
41	PRL z metoklopramidem [3 x 17,00 zł] - <b>na czczo</b>	51,00
<b>MARKERY NOWOTWOROWE</b>		
42	hCG + b - Gonadotropina kosmówkowa	19,00
43	hCG + b - Gonadotropina kosmówkowa - od godz. 21:00 do godz. 7:00 - badania nocne	40,00
44	AFP - Alfa fetoproteina	29,00
45	CA - 125 - Antygen raka jajnika	27,00
46	CEA - Antygen karcinoembrionalny	27,00
47	Total PSA - Swoisty antygen prostaty [całkowity]	27,00
48	HE 4	45,00
49	ROMA - Ocena ryzyka raka jajnika - [Ca125 + HE 4 + Algorytm oceny ryzyka]	77,00
50	Algorytm oceny ryzyka raka jajnika - ROMA	5,00
<b>DIAGNOSTYKA ZAKAŻEŃ</b>		
51	Toxo Ig G - Toksoplazmoza Ig G	26,00
52	Toxo Ig M - Toksoplazmoza Ig M	26,00
53	Rubella Ig G - Różyczka Ig G	26,00
54	Rubella Ig M - Różyczka Ig M	26,00
55	CMV IgG - Wirus cytomegalii przeciwciała IgG	26,00
56	CMV IgM - Wirus cytomegalii przeciwciała IgM	26,00
57	HIV	26,50
58	Chlamydia trachomatis IgG	33,00
59	Chlamydia trachomatis IgM	33,00
60	Przeciwciała anty HBs	32,00
61	Przeciwciała anty HBc	51,00



Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>DIAGNOSTYKA CUKRZYCY</b>		
62	Glukoza z krwi żyłnej [każde oznaczenie] x 1 - <b>na czczo</b>	5,50
63	Glukoza z krwi żyłnej x 2 [krzywa glukozy] - <b>na czczo</b>	11,00
64	Glukoza z krwi żyłnej x 3 [krzywa glukozy] - <b>na czczo</b>	16,50
65	Glukoza z krwi żyłnej x 5 [krzywa glukozy] - <b>na czczo</b>	27,50
66	HbA1C	28,00
67	Insulina x 1 - <b>na czczo</b>	25,00
68	Insulina x 3 - <b>na czczo</b>	75,00
69	Insulina x 5 - <b>na czczo</b>	125,00
<b>DIAGNOSTYKA CHOROÓB WĄTROBY</b>		
70	Bilirubina całkowita - <b>na czczo</b>	6,00
71	Bilirubina frakcje - <b>na czczo</b>	18,00
72	ALT - <b>na czczo</b>	6,50
73	AST - <b>na czczo</b>	6,50
74	ALT + AST - <b>na czczo</b>	13,00
75	ALP - <b>na czczo</b>	12,00
76	Kwasy żółciowe - <b>na czczo</b>	58,00
77	HCV - Przeciwciała przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu C	32,00
78	Hbs Ag 2,0 - Wirusowe zapalenie wątroby typu B	13,00
79	GGTP	8,80
80	AMONIAK	34,00
<b>DIAGNOSTYKA CHOROÓB NEREK</b>		
81	Kreatynina	6,50
82	Klirens kreatyniny	31,50
83	Kwas moczowy - <b>na czczo</b>	6,50
84	Mocznik + BUN - <b>na czczo</b>	7,00
85	Białko całkowite [metoda półilościowa] - <b>na czczo</b>	6,00
86	Białko [metoda ilościowa] w moczu	11,00
87	Białko (metoda ilościowa) w płynie mózgowo – rdzeniowym (bez pobrania)	12,00
88	Białko (metoda ilościowa) w płynie (bez pobrania)	12,00
<b>BADANIA KRZEPNIĘCIA KRWI</b>		
89	Koagulologia [APTT, czas protrombinowy, oznaczenie fibrynogenu, D-dimer] - <b>na czczo</b>	59,10
90	APTT (czas częściowej tromboplastyny po aktywacji) - <b>na czczo</b>	7,50
91	Czas [wskaźnik] protrombinowy - <b>na czczo</b>	7,50
92	Oznaczenie fibrynogenu - <b>na czczo</b>	10,10
93	D – dimer - <b>na czczo</b>	34,00



Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>INNE OZNACZENIA DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ</b>		
94	Badania ogólne płynu mózgowo - rdzeniowego	50,00
95	Wykrywanie krwi utajonej w kale	17,00
96	Prokalcytonina	74,00
97	Krwinki płodowe	50,00
98	Troponina T	23,00
99	Płyn z jamy otrzewnej [bez pobrania]	38,00
100	Płyn z jamy opłucnej [bez pobrania]	38,00
101	Antytrombina III (AT III)	36,00
102	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	11,00
103	ALFA 1 - ANTYTRYPSYNA	25,00
104	Witamina D <sub>3</sub>	60,00
<b>PRZECIWCIAŁA ANTYFOSFOLIPIDOWE</b>		
105	Anty – Kardiolipina IgG + Anty – Kardiolipina IgM	60,00
<b>IMMUNOHEMATOLOGIA TRANSFUZJOLOGICZNA</b>		
1	BTA	28,30
2	Fenotyp	31,90
3	Wykrywanie przeciwciał	37,50
4	Mianowanie przeciwciał	82,30
5	Identyfikacja przeciwciał enzym	61,70
6	Identyfikacja przeciwciał LISS	64,80
7	Czynności administracyjne i przygotowawcze - immunoprofilaktyka	33,70
<b>INNE USŁUGI</b>		
1	Zabezpieczenie krwi przed operacją	2,50
2	Pobranie krwi	10,70
<b>BADANIA CYTOGENETYCZNE</b>		
1	Oznaczanie kariotypu z krwi płodowej [Z kordocentezy genetycznej]	460,00
2	Oznaczanie kariotypu z krwi obwodowej	460,00
3	Oznaczanie kariotypu z pobranych wód płodowych - bez pobrania materiału [Z amniopunkcji genetycznej]	700,00
4	Badanie techniką FISH lub QF-PCR w zakresie chromosomów: 13, 18, 21, X, Y.	700,00
5	PAPP-A (analizator ROCHE)	38,00
6	f-B-hCG (analizator ROCHE)	35,00
7	Test PODWÓJNY 8 - 13 tc. [f-B-hCG + PAPP-A ] (analizator ROCHE)	73,00
8	Test PODWÓJNY 8 – 13 tc. [f-B-hCG + PAPP-A] (analizator DELFIA)	146,00



Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA MIKROBIOLOGICZNE</b>		

Materiał do badań mikrobiologicznych może być pobrany:

- przez Pacjenta osobiście (mocz, nasienie, pokarm matki)

- przez jego lekarza

- lub w Izbie Przyjęć Szpitala - za pobranie materiału przez fachowy personel w Izbie Przyjęć lub w Punkcie Pobrań (krew na posiew) obowiązuje opłata wg cennika - POBRANIA NA POSIEW

Pierwszy etap badania mikrobiologicznego obejmuje posiewy materiałów - opłata jest niezależna od wyniku posiewu, wg cennika.

W przypadku wzrostu drobnoustrojów patogennych wykonuje się za dodatkową opłatą ich identyfikację oraz badanie lekowrażliwości wg cennika - na formularzu zlecenia Pacjent wyraża zgodę na opłatę.

Dotpłatę wnosi się w Kasie Szpitala przy odbiorze wyniku.

<b>POSIEW MATERIAŁÓW [wynik ujemny]</b>		
1	Posiew wymazu z gardła, nosa, ucha [bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne]	45,00
2	Posiew wymazu z rurki intubacyjnej i płwociny [bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne]	45,00
3	Posiew wymazu z odbytu lub kału w kierunku Salmonella, Shigella [bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, grzyby drożdżopodobne]	41,00
4	Posiew wymazu z odbytu lub kału [bakterie tlenowe, w tym Salmonella, Shigella, paciorkowce grupy B, grzyby drożdżopodobne]	52,00
5	Posiew wymazu z odbytu lub kału [bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, grzyby drożdżopodobne, bez Salmonella, Shigella]	38,00
6	Posiew moczu [bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne oraz określenie liczby drobnoustrojów w 1 ml moczu]	46,00
7	Posiew wymazu z pochwy [2 wymazy zwykłe] [bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, rzęśistek pochwy, grzyby drożdżopodobne]	40,00
8	Posiew wymazu z pochwy + beztlenowce [1 wymaz zwykły + 1 w podłożu transportowym] [bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, beztlenowce łącznie z Gardnerella vaginalis, rzęśistek pochwy, mykoplazmy urogenitalne, grzyby drożdżopodobne]	98,00
9	Posiew wymazu z kanału szyjki macicy [bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, gonokoki, mykoplazmy urogenitalne, grzyby drożdżopodobne]	83,00
10	Posiew wymazu z cewki moczowej [bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, gonokoki, mykoplazmy urogenitalne, grzyby drożdżopodobne]	83,00
11	Posiew wymazu z kanału szyjki macicy + beztlenowce [1 wymaz w podłożu transportowym] [bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, beztlenowce łącznie z Gardnerella vaginalis, gonokoki, mykoplazmy urogenitalne, grzyby drożdżopodobne]	110,00
12	Posiew nasienia + beztlenowce [w strzykawce] [bakterie tlenowe, beztlenowe, mykoplazmy urogenitalne, rzęśistek pochwy, grzyby drożdżopodobne, oraz określenie liczby drobnoustrojów w 1 ml nasienia]	84,00
13	Posiew krwi od dorosłych [bakterie tlenowe i beztlenowe, grzyby drożdżopodobne]	58,00
14	Posiew krwi od noworodka [bakterie tlenowe i beztlenowe, grzyby drożdżopodobne]	38,00
15	Posiew krwi pępowinowej [bakterie tlenowe i beztlenowe, grzyby drożdżopodobne]	51,00
16	Posiew wymazu ze skóry, pępka, sromu [bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne]	32,00
17	Posiew wymazu z napletka [bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne]	32,00
18	Posiew płynu mózgowo - rdzeniowego [bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne]	53,00
19	Posiew wymazu ze spojówek oka [dla każdego oka osobna wymazówka] [bakterie, grzyby drożdżopodobne]	44,00



Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
20	Posiew wymazu z rany, ropnej wydzieliny, pęcherzy ropnych na skórze [na podłożu transportowym] [bakterie tlenowe, beztlenowe, grzyby drożdżopodobne]	61,00
21	Posiew pokarmu matki [z każdej piersi pobrać próbkę] [bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne]	32,00
22	Posiew w kierunku mykoplazm urogenitalnych [Ureaplasma spp i Mycoplasma hominis] łącznie z identyfikacją i antybiogramem	62,00
23	Posiew w kierunku Neisseria gonorrhoeae	33,00
24	Posiew w kierunku Trichomonas vaginalis	19,00
25	Posiew w kierunku Gardnerella vaginalis	30,00
26	Posiew w kierunku beztlenowców	48,00
27	Posiew w kierunku Enterokoków VRE	28,00
28	Posiew płynu z jamy opłucnej	105,00
29	Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych	24,00
30	Posiew w kierunku paciorkowców grupy B [1 wymaz]	27,00
31	Posiew w kierunku paciorkowców grupy B [2 wymazy]	31,00
32	Posiew w kierunku gronkowca złocistego	18,00
<b>POBRANIA NA POSIEW</b>		
1	Pobranie 1 wymazu z: pochwy / odbytu / gardła na obecność nasienia	28,00
2	Pobranie 2 wymazów z: pochwy i odbytu lub pochwy i gardła lub gardła i odbytu na obecność nasienia	33,00
3	Pobranie 3 wymazów z: pochwy, gardła i odbytu na obecność nasienia	40,00
4	Pobranie 1 wymazu na posiew z pochwy / kanału szyjki macicy	28,00
5	Pobranie 2 wymazów na posiew z pochwy i kanału szyjki macicy	33,00
6	Pobranie 1 wymazu na posiew z gardła / skóry / ucha	21,00
7	Pobranie 2 / więcej wymazów z gardła / skóry / ucha	32,00
8	Pobranie 1 wymazu na posiew z napletka	21,00
9	Pobranie krwi do badań - ambulatoryjnie	7,00
10	Pobranie krwi na posiew [np. do 2 butelek]	8,00
<b>IDENTYFIKACJE</b>		
1	Identyfikacja paciorkowców	63,00
2	Identyfikacja maczugowców	74,00
3	Identyfikacja bakterii beztlenowych	66,00
4	Identyfikacja grzybów drożdżopodobnych	46,00
5	Identyfikacja dwoinek Gram-ujemnych	62,00
6	Identyfikacja pałeczki z rodzaju Listeria	70,00
7	Identyfikacja w analizatorze	37,00



Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>ANTYBIOGRAMY</b>		
8	Dla gronkowców	36,00
9	Dla pałeczki Gram - ujemnej + mechanizm oporności	37,00
10	Dla paciorkowców i maczugowców	38,00
11	Dla grzybów drożdżopodobnych	43,00
12	Dla Haemophilus influenzae	44,00
13	Dla bakterii beztlenowych	64,00
14	Dla enterokoków	36,00
15	Dla Moraxella catarrhalis	36,00
16	Wrażliwość na jeden antybiotyk [metoda krążkową]	18,00
17	Mechanizmy oporności dla pałeczek Gram [-]	37,00
18	Oznaczenie MIC antybiotyku	67,00
<b>IZOLACJA NA PODŁOŻACH</b>		
19	Columbia agar + 5% krwi bar.	14,00
<b>TESTY LATEKSOWE</b>		
20	<b>Slidex Staph kit</b> [różnicowanie gronkowców złocistych i koagulazo - ujemnych]	8,00
21	<b>Slidex Strepto kit</b> [podział paciorkowców na grupy serologiczne]	36,00
22	<b>Slidex Pneumo kit</b> [identyfikacja Streptococcus pneumoniae]	17,00
23	<b>Meningite (identyfikacja w płynie mózgowo-rdzeniowym rozpuszczalnych antygenów Neisseria meningitidis grupy A, C, Y/W 136, B; Escherichia coli K1, Haemophilus i influenzae grupy b; Streptococcus pneumoniae, paciorkowce grupy B)</b>	83,00
<b>INNE BADANIA MIKROBIOLOGICZNE</b>		
24	Serodiagnostyka kiły [wynik ujemny lub dodatni]	26,00
25	Serodiagnostyka kiły [potwierdzenie wyniku dodatniego]	56,00
26	Preparat barwiony metodą Grama	14,00
27	Czystość pochwy + hodowla rzęsiątka pochwowego i grzybów	25,00





**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>SZKOŁA RODZENIA</b>		
1	"Szkoła Rodzenia" - pełny wymiar zajęć	550,00
2	Uczestnictwo w niepełnym wymiarze zajęć "Szkoły Rodzenia"	375,00
<b>OBECNOŚĆ PRZY PORODZIE</b>		
1	Oплата za koszty poniesione przez Szpital na rzecz osoby towarzyszącej pacjentce w trakcie porodu i po porodzie na Oddz. Porodowym	50,00
2	Oплата za koszty poniesione przez Szpital na rzecz osoby towarzyszącej pacjentce po planowym cięciu cesarskim na Oddz. Porodowym	30,00
3	Porada psychologiczna udzielona osobie towarzyszącej pacjentce w trakcie porodu i po porodzie oraz po planowym cięciu cesarskim na Oddz. Porodowym	23,00
<b>Od uczestników kursu "Szkoły Rodzenia" nie pobieramy opłaty za pobyt osoby towarzyszącej w trakcie porodu w naszym szpitalu.</b>		
1	Porada laktacyjna - pierwsza wizyta	70,00
2	Porada laktacyjna - wizyta kontrolna	35,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY**  
**SZPITAL KLINICZNY**  
**UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA USG</b>		
1	USG ginekologiczne – brzuszne / dopochwowe	90,00
2	USG położnicze	90,00
3	USG płodu	90,00
4	USG DOPPLER	100,00
5	USG 3D - trójwymiarowe	150,00
6	USG położnicze + USG DOPPLER	180,00
7	USG położnicze + USG DOPPLER + 3D	300,00
8	USG układu moczowego	90,00
9	USG ginekologiczne + USG układu moczowego	95,00
10	USG położnicze + USG układu moczowego	95,00
11	Wewnątrzmaciczna cefalometria	90,00
12	Lokalizacja łożyska w USG	90,00
13	USG wielomiejscowe	90,00
14	USG całego ciała	200,00
15	Punkcja dopochwowa	190,00
16	Punkcja brzuszna	220,00
17	Punkcja gruczołu sutkowego	165,00
18	Echokardiografia płodu	180,00
19	Sonohysterografia [ SIS ]	300,00
20	USG przezciężniczkowe	90,00
21	USG bioderek u dzieci	90,00
22	ECHO serca u dziecka	105,00
23	USG serca, jamy brzusznej u dzieci	90,00
<b>BADANIE KTG</b>		
1	Badanie KTG - Kardiotokografia [do 30 minut]	40,00
<b>BADANIA EKG</b>		
1	Badanie EKG bez opisu [z 12 lub więcej odprowadzeniami] [Badanie EKG wykonywane w Pracowni EKG]	29,00
2	Monitorowanie EKG stacjonarne [24 godz.] - [Badanie EKG wykonywane na Oddziale]	200,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA RTG</b>		
1	Zdjęcie tchawicy a-p i boczne	40,00
2	Zdjęcie żuchwy	40,00
3	Zdjęcie żuchwy a-p i skośne	70,00
4	Zdjęcie bródki	40,00
5	Zdjęcie zatok przynosowych	40,00
6	Zdjęcie kości nosa	32,00
7	Zdjęcie oczodołów a-p i boczne	50,00
8	Zdjęcie czaszki p-a i boczne	51,00
9	Zdjęcie twarzoczaszki	48,00
10	Zdjęcie siodła tureckiego - boczne	40,00
11	Zdjęcie kręgosłupa szyjnego a-p i boczne	45,00
12	Zdjęcie kręgosłupa szyjnego - skośne	50,00
13	Zdjęcie kręgosłupa szyjnego a-p, boczne, skośne	60,00
14	Zdjęcie kręgosłupa szyjnego I i II krąg	46,00
15	Zdjęcie kręgosłupa piersiowego a-p i boczne	50,00
16	Zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego a-p i boczne	60,00
17	Zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego - skośne	60,00
18	Zdjęcie kości krzyżowo-ogonowej a-p i boczne	40,00
19	Zdjęcie żeber	40,00
20	Zdjęcie mostka a-p i boczne	50,00
21	Zdjęcie obojczyka	40,00
22	Zdjęcie celowane na staw mostk.-obojczyk	65,00
23	Zdjęcie klatki piersiowej a-p i p-a	40,00
24	Zdjęcie klatki piersiowej - boczne	40,00
25	Zdjęcie klatki piersiowej p-a i boczne	55,00
26	Zdjęcie klatki piersiowej a-p lub p-a do lat 6	40,00
27	Zdjęcie klatki piersiowej - boczne do lat 6	40,00
28	Zdjęcie jamy brzusznej a-p lub p-a	45,00
29	Zdjęcie jamy brzusznej – na stojąco	50,00
30	Zdjęcie stawu barkowego	40,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
31	Zdjęcie stawu barkowego a-p i osiowe	50,00
32	Zdjęcie kości ramiennej a-p i boczne	40,00
33	Zdjęcie przedramienia a-p i boczne	40,00
34	Zdjęcie obu przedramion- a-p i boczne	80,00
35	Zdjęcie stawu łokciowego a-p i boczne	40,00
36	Zdjęcie obu stawów łokciowych	80,00
37	Zdjęcie nadgarstka a-p i boczne	40,00
38	Zdjęcie obu nadgarstków a-p i boczne	80,00
39	Zdjęcie jednej dłoni a-p i skośne	40,00
40	Zdjęcie obu dłoni a-p i skośne	80,00
41	Zdjęcie jednej dłoni - wiek kostny	100,00
42	Zdjęcie palca dłoni a-p i boczne	35,00
43	Zdjęcie łopatki a-p i boczne	60,00
44	Zdjęcie miednicy a-p	50,00
45	Zdjęcie spojenia łonowego p-a	60,00
46	Zdjęcie obu stawów biodrowych	50,00
47	Zdjęcie stawów krzyżowo-biodrowych a-p	40,00
48	Zdjęcie kości udowej a-p i boczne	55,00
49	Zdjęcie stawu kolanowego a-p i boczne	45,00
50	Zdjęcie obu stawów kolanowych a-p i boczne	90,00
51	Zdjęcie rzepki a-p i boczne	40,00
52	Zdjęcie rzepki - osiowe	40,00
53	Zdjęcie podudzia a-p i boczne	45,00
54	Zdjęcie obu podudzi a-p i boczne	90,00
55	Zdjęcie stawu skokowego a-p i boczne	45,00
56	Zdjęcie obu stawów skokowych a-p i boczne	90,00
57	Zdjęcie stopy a-p i boczne	45,00
58	Zdjęcie obu stóp a-p i boczne	45,00
59	Zdjęcie palców stopy a-p i skośne	35,00
60	Zdjęcie kości piętowej - boczne	35,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
61	Mammografia	95,00
62	1/2 Mammografii	48,00
63	Mammografia z USG piersi	150,00
64	1/2 Mammografii z USG piersi	108,00
65	USG tarczycy	60,00
66	USG piersi	60,00
67	USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	70,00
68	USG węzłów chłonnych	60,00
69	USG stawu biodrowego	80,00
70	USG stawu barkowego	80,00
71	USG stawu łokciowego	80,00
72	USG nadgarstka	80,00
73	USG palców ręki	80,00
74	USG stopy	80,00
75	USG stawu kolanowego	80,00
76	USG stawu skokowego	80,00
77	USG ścięgna Achillesa	60,00
78	USG tkanek miękkich	60,00
79	USG ślinianek	60,00
80	USG powłok brzucha	60,00
81	Diagnostyka USG - inne	60,00



Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA DENSYTOMETRYCZNE</b>		
1	Densytometria kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 + analiza TBS	90,00
2	Densytometria szyjki kości udowej + FRAX* (10-letnia ocena ryzyka złamań)	90,00
3	Densytometria obu szyjek kości udowych	100,00
4	Densytometria przedramienia	90,00
5	Densytometria kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 i szyjki kości udowej + FRAX* (10-letnia ocena ryzyka złamań)	110,00
6	Densytometria kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 i obu szyjek kości udowych + FRAX* (10-letnia ocena ryzyka złamań)	120,00
7	Total Body - densytometria całego szkieletu	100,00
8	Total Body - densytometria całego szkieletu + kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4	160,00
9	Total Body - densytometria całego szkieletu + szyjki kości udowej	160,00
10	Morfometria kręgosłupa	100,00
11	Skład ciała - Body Composition	100,00
12	Densytometria kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 - U DZIECI	90,00
13	Densytometria szyjki kości udowej - U DZIECI	90,00
14	Densytometria kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 i szyjki kości udowej - U DZIECI	110,00
15	Total Body - densytometria całego szkieletu - U DZIECI	100,00
16	Total Body - densytometria całego szkieletu + kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 - U DZIECI	160,00
17	Total Body - densytometria całego szkieletu + szyjki kości udowej - U DZIECI	160,00
<b>BADANIA URODYNAMICZNE</b>		
1	Badanie urodynamiczne	370,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA ANDROLOGICZNE</b>		
1	Test penetracji plemników	80,00
2	Przechowywanie zamrożonego nasienia przed zabiegami ART [metody wspomaganego rozrodu] - 1 rok	420,00 / rok
3	Przechowywanie zamrożonego nasienia dla pacjentów przed planowaną radio- i chemioterapią [opłata na 1 rok]	220,00 / rok
4	Przechowywanie zamrożonego nasienia dla pacjentów - przedłużenie na kolejny rok	300,00 / rok
5	Preparatyka nasienia do IN VITRO	400,00
6	Przygotowanie nasienia dawcy do IN VITRO	230,00
7	Ocena seminologiczna [przeżyciowa] nasienia	100,00
8	Test hypoosmotyczny	80,00
9	Test mieszanej reakcji antyglobulinowej MAR BEZPOŚREDNI	75,00
10	Test mieszanej reakcji antyglobulinowej MAR POŚREDNI	85,00
11	Rozmaz barwiony metodą Papanicolau	70,00
12	Rozmaz – gwałty	40,00
13	Przygotowanie świeżego nasienia dla pacjentów ODILN - rozmrażanie oocytów	420,00
14	TEST HBA [ test dojrzałości plemników - test z HIALURONIANEM]	250,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>PRACOWNIA PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY</b>		
<b>OZNACZENIA</b>		
1	Cytologia ginekologiczna	20,00
2	Test <b>HPV - DNA</b> (wirusa brodawczaka ludzkiego) - wykrywanie 14 typów wirusa HPV wysokiego ryzyka (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 i 68 ) z genotypowaniem HPV 16 i HPV 18 w wymazie z szyjki macicy metodą real - time PCR	200,00
3	Test <b>HPV - RNA</b> (wirusa brodawczaka ludzkiego) - wykrywanie 5 typów wirusa HPV wysokiego ryzyka z genotypowaniem (16, 18, 31, 33 i 45) w wymazie z szyjki macicy metodą real - time PCR (NASBA) <b>BADANIE WSTRZYMANE NA CZAS NIEOKREŚLONY</b>	-
<b>POBRANIE MATERIAŁU DO BADAŃ</b>		
4	Pobranie wymazu z szyjki macicy na <u>badanie cytologiczne</u>	25,00
5	Pobranie wymazu z szyjki macicy na badanie <u>RNA</u> wirusa <u>HPV</u>	25,00
<b>BADANIA POJEDYŃCZE W PORADNI PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY</b>		
6	Badanie ginekologiczne	70,00
7	Kolposkopia [Kolposkopowe badanie szyjki macicy]	80,00
8	Rozszerzenie kanału szyjki macicy + Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + Badanie histopatologiczne	285,00





**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA ZŁOŻONE W PORADNI PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY</b>		
9	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia	95,00
10	Kolposkopia + Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + Badanie histopatologiczne	324,00
11	Badanie ginekologiczne + Pobranie wymazu cytologicznego	90,00
12	Badanie ginekologiczne + Pobranie wymazu na wykrywanie RNA wirusa HPV	85,00
13	Kolposkopia + Pobranie wymazu cytologicznego	100,00
14	Kolposkopia + Pobranie wymazu na wykrywanie RNA wirusa HPV	95,00
15	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Pobranie wymazu cytologicznego	130,00
16	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Pobranie wymazu na wykrywanie RNA wirusa HPV	125,00
17	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + Bad. histopatologiczne + Skrobanie kanału szyjki macicy + Pobranie wymazu cytologicznego	405,00
18	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + Badanie histopatologiczne + Skrobanie kanału szyjki macicy + Pobranie wymazu na wykrywanie RNA wirusa HPV	400,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA W PRACOWNI PATOMORFOLOGII</b>		
<b>1</b>	<b>BADANIE HISTOPATOLOGICZNE BIOPSYJNE I CYTOLOGICZNE [OPRÓCZ CYTOLOGII SZYJKI MACICY]</b>	
1A	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa z jednej zmiany w sutku	50,00
1B	Badanie cytologiczne płynów z jam ciała	50,00
1C	Badanie histopatologiczne biopsyjne i cytologiczne [oprócz cytologii szyjki macicy] - pozostałe	50,00
<b>2</b>	<b>BADANIE HISTOPATOLOGICZNE WYCINKA TKANKOWEGO POCHODZĄCEGO Z JEDNEGO NARZĄDU 50 ZŁ - KAŻDY NASTĘPNY WYCINEK 15 ZŁ [Z BLOCZKIEM PARAFINOWYM]</b>	
2A	Wycinek z tarczy szyjki macicy	50,00
2B	Wycinek z pochwy	50,00
2C	Wycinek ze sromu	50,00
2D	Wycinek ze zmiany skórnej	50,00
2E	Wyskrobiny z endocervix	50,00
2F	Wyskrobiny z endometrium	50,00
2G	Materiał z konizacji	50,00
2H	Materiał z polipa	50,00
2I	Badanie autopsyjne [sekcja i badanie histopatologiczne] płodu i noworodka [z bloczkiem parafinowym]	50,00
2J	2-gi i każdy następny wycinek [z bloczkiem parafinowym]	15,00
3	Badanie śródoperacyjne z jednego przysłanego materiału tkankowego	300,00
4	Badanie histochemiczne [bez bloczka parafinowego]	43,00
5	Badanie immunohistochemiczne / 1 marker	85,00
6	Komórki oranżowe [1 preparat]	100,00
7	Badanie pośmiertne zmarłego noworodka [sekcja i badanie histopatologiczne]	1 500,00
8	Badanie pośmiertne martwo urodzonego noworodka [sekcja i badanie histopatologiczne]	500,00
9	Konsultacja histopatologiczna	100,00
10	Przygotowanie preparatów do wypożyczenia [wyszukanie preparatów, sprawdzenie przez lekarza ponowna archiwizacja]	20,00
11	Przygotowanie bloczków do wypożyczenia [wyszukanie bloczków, sprawdzenie przez lekarza ponowna archiwizacja]	20,00
<b>** W przypadku badań CITO w Pracowni Patomorfologii powyższe ceny ulegają podwojeniu.</b>		



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>ZABIEGI W LECZENIU NIEPŁODNOŚCI</b>		
1	Ocena andrologiczna i seminologiczna oraz kwalifikacja partnera męskiego do dawstwa partnerskiego bezpośredniego (AIH)	450,00
2	Ocena andrologiczna i seminologiczna oraz kwalifikacja partnera męskiego do dawstwa niepartnerskiego pośredniego (AID)	850,00
<b>ZABIEGI W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I LECZENIA NIEPŁODNOŚCI</b>		
1	Zapłodnienie pozaustrojowe IVF/ICSI	7 510,00
2	Zapłodnienie pozaustrojowe IVF/ICSI bez transferu przechowywanych [rozmrzniętych] zarodków	6 390,00
3	Zwrot za niewykonany transfer - dla pacjentek, które nie brały udziału w programie Ministerstwa Zdrowia	1 120,00
4	Transfer rozmnożonych zarodków [każdorazowo] - dla pacjentek, które nie brały udziału w programie Ministerstwa Zdrowia	1 500,00
5	Przechowywanie zamrożonych zarodków [każdy następny rok]	400,00
6	Wykorzystanie [przygotowanie] nasienia dawcy do IVF/ICSI	230,00
7	Przygotowanie i monitorowanie cyklu do transferu rozmroźonych zarodków - dla pacjentek, które brały udział w programie Ministerstwa Zdrowia - cena obowiązuje od 01.07.2016	1 137,00
8	Transfer rozmnożonych zarodków [każdorazowo] - dla pacjentek, które brały udział w programie Ministerstwa Zdrowia	procedura bezpłatna
9	Przechowywanie zamrożonych zarodków - do 31.12.2017 - dla pacjentek, które brały udział w programie Ministerstwa Zdrowia	600,00
10	Przechowywanie zamrożonych zarodków - do 31.12.2018 - dla pacjentek, które brały udział w programie Ministerstwa Zdrowia	900,00
11	Przechowywanie zamrożonych zarodków - do 31.12.2019 - dla pacjentek, które brały udział w programie Ministerstwa Zdrowia	1 100,00



Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>ZABIEGI MAŁE [z pobytem na oddziale]</b>		
<b>ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE W ZAKRESIE SZYJKI MACICY</b>		
1	Rozszerzenie kanału szyjki macicy	900,00
2	Biopsja kanału szyjki macicy wraz z wycinkami z szyjki macicy [biopsja skrawkowa]	1 200,00
3	Biopsja torbieli	1 200,00
4	Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa]	1 200,00
5	Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + skrobanie kanału szyjki macicy	1 200,00
6	Zabiegi diagnostyczne szyjki macicy - inne	1 200,00
7	Konizacja szyjki macicy	1 200,00
<b>INNE WYCIĘCIE LUB ZNISZCZENIE ZMIANY LUB TKANKI SZYJKI MACICY</b>		
8	Elektrokonizacja szyjki macicy [chirurgiczna]	1 150,00
9	Elektroresekcja sposobem LEEP [Loop electro excision procedure]	1 150,00
10	Elektroresekcja sposobem LEEP [Loop electro excision procedure] + skrobanie kanału szyjki macicy	1 150,00
11	Zabiegi wykonywane laserem	1 150,00
12	Elektrokoagulacja szyjki macicy	1 150,00
13	Kriokonizacja szyjki macicy [leczenie nadżerki]	1 150,00
14	Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy - inne - Oddział Operacyjny	1 150,00
15	Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy - inne - CGZ	1 150,00
<b>ZABIEG Z POWODU NIEWYDOLNOŚCI UJŚCIA WEWNĘTRZNEGO SZYJKI MACICY [CIŚNIENIOWO - SZYJKOWEJ]</b>		
16	Szew okrężny, dojście przez ścianę brzucha [Oddział Operacyjny]	3 315,00
<b>INNE ZABIEGI NAPRAWCZE UJŚCIA WEWNĘTRZNEGO SZYJKI MACICY</b>		
17	Operacja McDonalda	2 500,00
18	Operacja Shirodkara	2 500,00
19	Szew okrężny przezpochwowy	2 500,00
<b>INNE ZABIEGI NAPRAWCZE PĘKNIĘCIA SZYJKI MACICY</b>		
20	Szycie rozdarcia szyjki macicy	2 500,00
21	Histeroskopia diagnostyczna - CGZ	1 820,00
22	Histeroskopia diagnostyczna + łyżeczkowanie jamy macicy - CGZ	1 820,00
23	Zabiegi diagnostyczne macicy i struktur ją podtrzymujących - inne [zabiegi]	1 000,00
<b>WYCIĘCIE LUB ZNISZCZENIE ZMIANY LUB TKANKI W ZAKRESIE MACICY</b>		
24	Biopsja aspiracyjna endometrium	670,00
25	Histeroskopowa ablacja endometrium	1 820,00
26	Usunięcie mięśniaka macicy - Histeroskopowe zniszczenie zmiany chorobowej w macicy	1 820,00
27	Usunięcie mięśniaka macicy - [CGZ] Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy	1 820,00
28	Usunięcie mięśniaka macicy - [OPER] Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy	2 000,00
<b>INNE WYCIĘCIE LUB ZNISZCZENIE ZMIANY LUB TKANKI W ZAKRESIE MACICY</b>		
29	Usunięcie mięśniaka macicy [ukręcenie]	1 500,00



Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>ROZSZERZENIE KANAŁU SZYJKI I WYŁYZECZKOWANIE ŚCIAN JAMY MACICY</b>		
30	Wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy w celu zakończenia ciąży	1 450,00
31	Wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy po porodzie lub poronieniu, rozszerzenie kanału szyjki	1 450,00
32	Wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy - diagnostyczne	1 450,00
33	Wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy - lecznicze, rozszerzenie kanału szyjki	1 450,00
34	Wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy - inne	1 450,00
35	Usunięcie zaślaniadu groniastego [przez łyżeczkowanie jamy i kanału szyjki macicy]	1 450,00
36	Usunięcie zaślaniadu groniastego [przez odessanie i łyżeczkowanie kanału szyjki macicy]	1 450,00
<b>ASPIRACYJNE ŁYZECZKOWANIE MACICY</b>		
37	Aspiracyjne łyżeczkowanie macicy po porodzie lub poronieniu	1 635,00
38	Inne aspiracyjne łyżeczkowanie macicy	1 635,00
39	Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej	505,00
<b>INNE ZABIEGI NA TRZONIE MACICY, SZYJCE I APARACIE ZAWIESZAJĄCYM</b>		
40	Wprowadzenie leczniczej wkładki do macicy	505,00
41	Usunięcie szwu okrężnego szyjki macicy	1 950,00
<b>ZABIEGI NA POCHWIE I ZAGŁĘBIENIU MACICZNO - ODBYTNICZYM</b>		
42	Przecięcie błony dziewiczej	690,00
43	Nacięcie zagłębienia odbytniczo - macicznego	690,00
44	Wycięcie przegrody pochwowej	1 780,00
45	Biopsja pochwy [pobranie wycinków]	1 780,00
46	Zabiegi diagnostyczne pochwy / jamy Douglasa - inne	1 780,00
47	Wycięcie błony dziewiczej	1 780,00
48	Wycięcie ogniska gruczolistości śródmacicznej z zatoki Douglasa	1 780,00
49	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pochwy	1 780,00
50	Szycie rozdarcia pochwy	1 780,00
<b>OPERACJE W ZAKRESIE SROMU I KROCZA</b>		
51	Uwolnienie zrostów sromu	1 305,00
52	Plastyka wargi sromowej	2 030,00
53	Nacięcie sromu / krocza - inne	1 305,00
54	Biopsja sromu [pobranie wycinków]	2 030,00
55	Zabiegi diagnostyczne sromu - inne	2 030,00
56	Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina	2 030,00
57	Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina	2 030,00
58	Wycięcie albo inne zniszczenie torbieli gruczołu Bartholina	2 030,00
59	Inne operacje na gruczole Bartholina	2 030,00
60	Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza	2 030,00
61	Condylomata metodą Leep-Loop	2 030,00
62	Laseroterapia [w obrębie sromu i krocza] - Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza	2 030,00



Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>OPERACJE W ZAKRESIE PIERSI</b>		
63	Zamknięta igłowa biopsja piersi	1 450,00
64	BACC piersi [Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana]	1 450,00
65	Biopsja mammotomiczna	2 145,00
66	Zabiegi diagnostyczne piersi - inne	1 450,00
67	Miejscowe wycięcie zmiany piersi - Oddz. Operacyjny	2 000,00
68	Miejscowe wycięcie zmiany piersi - CGZ	1 450,00
69	Operacja sutka [wycięcie torbieli sutka] - do 2 dób - Usunięcie lub zniszczenie tkanki / tkanek sutka piersi - inne - Oddz. Operacyjny	2 455,00
70	Usunięcie lub zniszczenie tkanki / tkanek sutka piersi - inne - CGZ	1 450,00
<b>ZABIEGI W ZAKRESIE SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ</b>		
71	Biopsja skóry / tkanki podskórnej	960,00
72	Oczyszczenie, [wycięcie] rany, zakażenia, oparzenia - inne = Rewizja rany MAŁA	1 065,00
73	Oczyszczenie, [wycięcie] rany, zakażenia, oparzenia - inne = Rewizja rany DUŻA	1 480,00
74	Usunięcie krwaka w bliźnie pooperacyjnej = Rewizja rany MAŁA Oczyszczenie, [wycięcie] rany, zakażenia, oparzenia - inne	2 000,00
75	Usunięcie krwaka w bliźnie pooperacyjnej = Rewizja rany DUŻA Oczyszczenie, [wycięcie] rany, zakażenia, oparzenia - inne	2 500,00
76	Usunięcie endometriozy po cięciu cesarskim - Rewizja rany MAŁA Oczyszczenie, [wycięcie] rany, zakażenia, oparzenia - inne	2 000,00
77	Usunięcie endometriozy po cięciu cesarskim - Rewizja rany DUŻA Oczyszczenie, [wycięcie] rany, zakażenia, oparzenia - inne	2 500,00
78	Podwiązanie wyrostki skórnej	960,00
<b>WYWIAD, OCENA KONSULTACJA, PIELEGNIASTWO I BADANIE</b>		
79	Udzielenie informacji, instruktaż. Opieka pielęgniarki lub położnej.	10,00
<b>INNE ANATOMICZNE I FIZJOLOGICZNE POMIARY I BADANIE MANUALNE</b>		
80	Badanie palcem odbytu	60,00
81	Ręczne badanie piersi	55,00
<b>FIZYKOTERAPIA, RESPIRATOROTERAPIA, REHABILITACJA I ZABIEGI POKREWNE</b>		
82	Założenie opatrunku na ranę - inne	235,00
83	Unieruchomienie, ucisk i zaopatrzenie rany - inne	235,00
<b>WYMIANA I USUNIĘCIE URZĄDZEŃ TERAPEUTYCZNYCH</b>		
84	Wymiana tamponady lub drenu pochwy / sromu	120,00
85	Usunięcie cewnika założonego na stałe z dróg moczowych	50,00
86	Wymiana cewnika założonego na stałe w drogach moczowych	90,00
87	Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej - w znieczuleniu	915,00
<b>INNE ZABIEGI NIEOPERACYJNE</b>		
88	Cystoskopia [wziernikowanie - oglądanie pęcherza moczowego]	1 920,00
89	Punkcja jaja płodowego	1 920,00
90	Punkcja cysty odbarczająca	1 920,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>ZABIEGI GINEKOLOGICZNE DUŻE</b>		
<b>HISTERECTOMIE</b>		
1	Macica - proste wycięcie z przydatkami - do 4 dób	5 200,00
2	Macica - proste wycięcie bez przydatków - do 4 dób	5 000,00
3	Macica - całkowite wycięcie drogą pochwową bez plastyki - do 4 dób	4 300,00
4	Macica - całkowite wycięcie drogą pochwową z plastyką - do 4 dób	5 640,00
5	Macica - całkowite wycięcie wspomagane laparoskopowo - do 4 dób	5 890,00
6	Zmodyfikowane radykalne wycięcie macicy - do 6 dób	9 500,00
7	Macica - operacyjne usunięcie mięśniaków - do 4 dób	4 500,00
8	Cytoredukcja guza – 1 doba	2 800,00
9	Usunięcie ognisk endometriozy zewnętrznej, pozajajnikowej - 1 doba	2 800,00
<b>OPERACJE NA JAJNIKACH I W ZAKRESIE JAJOWODÓW</b>		
10	Przydatki - leczenie operacyjne guzków przydatków [bez operacji doszczętniej] - do 4 dób	4 300,00
11	Inne operacje przydatków, Adnexectomia - do 4 dób	4 300,00
12	Plastyka jajników i jajowodów - do 4 dób [Zabiegi naprawcze jajowodów]	4 600,00
13	Laparotomia zwiadowcza - do 4 dób	3 400,00
<b>LAPAROSKOPIE</b>		
14	Laparoskopia diagnostyczna ginekologiczna - do 2 dób	3 000,00
15	Laparoskopowe wycięcie guza przydatku / przydatków - do 2 dób	4 000,00
16	Otwarcie torbieli jajnika / jajników laparoskopowe [ze zniszczeniem torebki] - do 2 dób	4 000,00
17	Laparoskopowa klinowa resekcja jajnika - do 2 dób	4 000,00
18	Inne laparoskopowe wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika - do 2 dób [Wyłuszczenie guza jajnika jednostronne / obustronne]	4 000,00
19	Laparoskopowe usunięcie ciąży pozamacicznej - do 2 dób	4 000,00
20	Laparoskopowe wycięcie mięśniaków macicy - 2 dób	4 000,00
21	Laparoskopia operacyjna - inne - do 4 dób	4 000,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>HISTEROSKOPIE</b>		
22	Histeroskopia diagnostyczna – do 12 godzin	1 560,00
23	Histeroskopia diagnostyczna – 1 doba	2 290,00
24	Histeroskopia operacyjna [resekcja endometrium, mięśniaki lub polipy] – do 12 godzin	1 700,00
25	Histeroskopia operacyjna [resekcja endometrium, mięśniaki lub polipy] – do 1 doby	2 400,00
<b>LAPAROSKOPIE / HISTEROSKOPIE / LAPAROTOMIE</b>		
26	Laparoskopowe i histeroskopowe leczenie zmian narządu rodno Laparoskopia + Histeroskopia – do 2 dób	4 700,00
27	Laparoskopia + Laparotomia – do 4 dób	5 500,00
<b>INNE ZABIEGI</b>		
28	Plastyka przednia i / lub tylna pochwy [bez siatki] – do 4 dób	3 500,00
29	Vulvectomy prosta i inne zabiegi w obrębie sromu i pochwy [np. wyluszczenie torbieli] – do 4 dób	2 940,00
30	Vulvectomy radykalna – do 6 dób	7 250,00
31	Operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z użyciem taśmy	5 600,00
32	Inne operacje [chirurgiczne, ginekologiczne, urologiczne]	5 200,00
33	Zabiegi andrologiczne [np. operacje torbieli najądrza] – do 1 doby	1 900,00
34	Otwarta biopsja jądra - do 1 doby	1 900,00





Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>ZABIEGI POŁOŻNICZE</b>		
Dotyczy osób nie posiadających uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych:		
- osób spoza Unii Europejskiej		
- osób nie posiadających Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego [EKUZ]		
- osób nie posiadających obywatelstwa Rzeczypospolitej Polskiej		
- osób nie posiadających numeru PESEL		
1	Poród drogami natury - do 2 dób	2 900,00
2	Poród drogami natury [z Abrasio] - do 2 dób	3 680,00
3	Poród drogami natury [farmakologiczne wzniecenie porodu + Intensywny nadzór + Abrasio] - do 2 dób	4 240,00
4	Poród drogami natury [nadciśnienie - postać lekka] - do 3 dób	4 120,00
5	Poród drogami natury [z położeniem patologicznym] - do 3 dób	3 900,00
6	Poród z użyciem wyciągacza próżniowego lub kleszczy - do 2 dób	3 100,00
7	Poród z użyciem wyciągacza próżniowego lub kleszczy [farmakologiczne wzniecenie porodu + Intensywny nadzór] - do 2 dób	3 680,00
8	Poród z użyciem wyciągacza próżniowego lub kleszczy [z położeniem patologicznym] - do 4 dób	4 070,00
9	Poród z pomocą ręczną, ręcznym oddzieleniem łożyska lub ciąży obumarłej po ukończonym 22 tyg. ciąży lub szcieniem pęknięcia krocza III stopnia - do 4 dób	4 180,00
10	Poród operacyjny – cięcie cesarskie - do 4 dób	5 800,00
11	Poród operacyjny – cięcie cesarskie [Cukrzyca] - do 4 dób	6 130,00
12	Poród operacyjny – cięcie cesarskie [Niedokrwistość] - do 4 dób	6 020,00
13	Poród operacyjny – cięcie cesarskie [Nadciśnienie – postać ciężka] - do 6 dób	11 150,00
14	Poród mnogi - [drogami natury - nacięcie krocza] - do 5 dób	5 000,00
15	Poród mnogi - [cięcie cesarskie] - do 5 dób	7 250,00
16	Poród ciąży obumarłej po ukończonym 22 tygodniu życia - do 2 dób	4 200,00
17	Poród z szcieniem pęknięcia krocza III stopnia - do 2 dób	3 900,00
<b>INNE WEWNĄTRZMACICZNE ZABIEGI NA PŁODZIE I OWODNI</b>		
1	Kordocenteza [diagnostyczna lub genetyczna] - do 2 dób pobytu	2 650,00
2	Kordocenteza z przetoczeniem ME - do 2 dób pobytu	2 800,00
3	Amniopunkcja [diagnostyczna lub genetyczna] - do 2 dób pobytu	2 650,00
4	Amniopunkcja z upustem płynu - do 2 dób pobytu	2 800,00
5	Amniocenteza - do 2 dób pobytu	2 650,00
6	Założenie cewnika do worka owodniowego - do 2 dób pobytu	2 650,00
<b>INNE USŁUGI POŁOŻNICZE</b>		
1	SIS - SONOSALPINGOGRAFIA - badanie macicy do 5 godz.	700,00
2	Intensywny nadzór na Oddziale Porodowym - do 1 doby	600,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>NOWORODKI - INDYWIDUALNA WYCENA</b>		
1	Opieka nad noworodkiem o wadze powyżej 2500 g.	1 500,00
2	Opieka nad noworodkiem o wadze 2000-2500 g.	3 000,00
3	Opieka nad noworodkiem o wadze 1500-2000 g.	5 000,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>KONSULTACJE / USŁUGI AMBULATORYJNE</b>		
1	Badanie ginekologiczne lub andrologiczne [z lub bez pobrania cytologicznego]	70,00
2	Pobranie wymazu cytologicznego z oznaczeniem cytologicznym	40,00
3	Badanie ginekologiczne i USG	160,00
4	Porada recepturowa	25,00
5	Iniekcja domięśniowa / dożylna / podskórna [bez kosztu leku]	28,00
6	Podłączenie kroplówki	50,00
7	Założenie lub zmiana opatrunku	39,00
8	Porada zabiegowo - diagnostyczna - np. usunięcie szwów	80,00
9	Założenie / usunięcie wkładki antykoncepcyjnej	225,00
10	Usunięcie wrośniętej wkładki antykoncepcyjnej w znieczuleniu	350,00
<b>POZOSTAŁE KONSULTACJE</b>		
1	Konsultacja ginekologiczna - "WYJAZDOWA"	150,00
2	Porada seksuologiczna lub psychologiczna	80,00
3	Konsultacja okulistyczna	70,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>POZOSTAŁE USŁUGI MEDYCZNE</b>		
<b>TRANSPORT MEDYCZNY</b>		
1	Transport sanitarny pomiędzy jednostkami od poniedziałku do piątku w godz. 7:00-15:00: - preparatów medycznych, - wyników badań, - składników krwi i próbek.	7,00 / km
<b>PORADY DZIECIĘCE</b>		
1	Porada neonatologiczna / pediatryczna	115,00
2	Porada neonatologiczna [bez badania]	25,00
3	Terapia logopedyczna	60,00
4	Rehabilitacja dodatkowa	55,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>USŁUGI LEKARZA MEDYCZYNY PRACY</b>		
1	Badanie wstępne [badanie lekarskie, wydanie orzeczeń]	60,00
2	Badanie okresowe [badanie lekarskie, wydanie orzeczeń]	60,00
3	Badanie kontrolne [badanie lekarskie, wydanie orzeczeń]	60,00
4	Badanie sanitarno-epidemiologiczne [badanie lekarskie, wydanie orzeczeń]	60,00
5	Badanie poekspozycyjne [badanie lekarskie, wydanie orzeczeń]	60,00



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>USŁUGI NIEMEDYCZNE</b>		
1	Sporządzanie kopii dokumentacji medycznej - os. fizyczna - 1 strona	0,81
2	Sporządzanie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - os. fizyczna - 1 strona	8,11
3	Sporządzenie odpisu karty informacyjnej dla pacjenta - os. fizyczna - 1 strona	8,11
4	Wgląd w dokumentację medyczną bezpłatny - po uprzednim uzgodnieniu terminu	-
Sporządzanie kopii dokumentacji medycznej [historii choroby – opis przebiegu operacji] na zapytanie firmy ubezpieczeniowej:		
5	a] od 1 do 5 stron,	30,08
6	b] powyżej 5 stron,	39,02
7	Udzielenie informacji medycznych na zapytanie firmy ubezpieczeniowej	34,96
8	Udzielenie informacji dotyczącej pobytu w GPSK na zapytanie firmy ubezpieczeniowej	25,20
9	Sprzedaż książeczki zdrowia dziecka – pustego druku [np. w przypadku zagubienia]	3,25
10	Podanie godziny urodzenia na pisemny wniosek	9,76
11	Sporządzanie kopii dokumentacji niemedycznej - 1 strona	0,25
12	Wystawianie zaświadczeń o dokumentacji medycznej - os. fizyczna	24,39
W przypadku przechowywania zwłok przez okres dłuższy niż 72 godziny, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. [Dz.U.2011.112.654 z późn. zm.] dopuszcza się pobieranie opłaty od osób i instytucji za przechowywanie zwłok.		
13	Przechowywanie zwłok osoby dorosłej / 1 godz.	3,00
14	Przechowywanie zwłok osoby dorosłej / 1 doba	72,00
15	Przechowywanie zwłok noworodka / 1 godz.	1,41
16	Przechowywanie zwłok noworodka / 1 doba	33,60



**GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY  
SZPITAL KLINICZNY  
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
ul. Polna 33, 60-535 Poznań

NIP: 781-16-21-484  
REGON: 000288840  
KRS: 0000002866

Obowiązuje od  
01.12.2016 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>HOTELIK - cena za dobę</b>		
1	Pokój jednoosobowy	125,00
2	Pokój dwuosobowy	200,00
3	Miejsce w pokoju dwuosobowym	100,00
4	Apartament	250,00
5	Dostawka (w pokoju jednoosobowym, dwuosobowym lub apartamencie)	50,00
6	Pacjentki poddające się zabiegom AIH, AID, IVF	80,00
7	Studenci (pobyt od piątku do niedzieli)	60,00
8	<b>Matki karmiące:</b>	
	- pobyt powyżej 7 dni (w pokoju dwuosobowym)	32,00
	- miejsce w pokoju dwuosobowym	64,00
	- pokój jednoosobowy	80,00

\* Zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 18,19,20 ustawy o podatku od towarów i usług z dnia 11 marca 2004r. [Dz. u. Nr 54, poz. 535] z późn. zm. świadczenia opieki zdrowotnej podlegają:

1] zwolnieniu z podatku VAT w przypadku usług związanych z profilaktyką, zachowaniem, ratowaniem, przywracaniem i poprawą zdrowia oraz dostawą towarów i świadczeniem usług ściśle z tymi usługami związanymi,

2] naliczeniu podatku VAT w przypadku usług nie związanych z profilaktyką, zachowaniem, ratowaniem, przywracaniem i poprawą zdrowia oraz dostawą towarów i świadczeniem usług ściśle z tymi usługami związanymi.

Cennik nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 kodeksu cywilnego oraz innych właściwych przepisów prawnych.