



**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  
10.06.2022 r.

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

**SPIS TREŚCI:**

**STR.**

	<b>SPIS TREŚCI:</b>	<b>STR.</b>
1.	<b>BADANIA LABORATORYJNE</b>	<b>2 - 13</b>
2.	<b>SZKOŁA RODZENIA</b>	<b>14</b>
3.	<b>BADANIA USG</b>	<b>15</b>
4.	<b>BADANIA RTG</b>	<b>16 - 18</b>
5.	<b>BADANIA DENSYTOMETRYCZNE</b>	<b>19</b>
6.	<b>BADANIA W PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO</b>	<b>20 - 22</b>
7.	<b>BADANIA W PRACOWNI PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY</b>	<b>23</b>
8.	<b>ZABIEGI W LECZENIU NIEPŁODNOŚCI</b>	<b>24 - 26</b>
9.	<b>BADANIA ANDROLOGICZNE</b>	<b>27</b>
10.	<b>USŁUGI LEKARZA MEDYCZYNY PRACY</b>	<b>28</b>
11.	<b>USŁUGI POZOSTAŁE NIEMEDYCZNE</b>	<b>29</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  
10.06.2022 r.

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

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.

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA PODSTAWOWE KRWI I MOCZU</b>		
1	Morfologia - <b>na czczo</b>	15,00
2	OB. - <b>na czczo</b>	6,00
3	CRP	15,00
4	Interleukina-6 - <b>na czczo</b>	100,00
5	Retikulocyty	19,00
6	Rozmaz [mikroskopowy]	16,00
7	Płytki krwi liczone	15,00
8	Żelazo - <b>na czczo</b>	11,00
9	Ferrytyna	37,00
10	Mocz [badanie ogólne] - <b>na czczo</b>	18,00
11	Elektrolity: Na, K, Cl - <b>na czczo</b>	13,00
12	Wapń	11,00
13	Magnez	9,50
14	Fosfor nieorganiczny - <b>na czczo</b>	10,00
15	Grupa krwi dorośli	60,10
16	Grupa krwi dorośli AUTOMAT - wynik potwierdzony	120,20
17	Grupa krwi noworodka	48,80
<b>PROFIL LIPIDOWY</b>		
18	Cholesterol całkowity - <b>na czczo</b>	7,00
19	Cholesterol HDL - <b>na czczo</b>	9,00
20	Cholesterol LDL metoda bezpośrednia - <b>na czczo</b>	12,00
21	Trójglicerydy - <b>na czczo</b>	8,00
22	PROFIL LIPIDOWY_Cholesterol całkowity, cholesterol HDL, LDL [metoda bezpośrednia] i trójglicerydy - <b>na czczo</b>	35,00
<b>BADANIA HORMONALNE</b>		
<b>HORMONY PŁCIOWE</b>		
23	LH - Lutropina	20,00
24	FSH - Folikulotropowy	20,00
25	PRL - Prolaktyna - <b>na czczo</b>	16,00
26	E2 - Estradiol	20,00
27	P - Progesteron	25,00
28	T - Testosteron - <b>na czczo</b>	22,00
29	SHBG - Globulina wiążąca hormony płciowe	33,00
30	Kortyzol - <b>na czczo</b>	25,00
31	Kortyzol w dobowej zbiorce moczu - wydalanie	34,00
32	DHEA-S04 - Dehydroepiandrosteronu siarczan	35,00
33	17 – OH – Progesteron	50,00
34	AMH - ocena rezerwy jajnikowej	127,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>DIAGNOSTYKA CHOROÓB TARCZYCY</b>		
35	Free T3 - Wolna trijodotyronina	20,00
36	Free T4 - Wolna tyroksyna	20,00
37	hTSH - Tyreotropina - <b>na czczo</b>	25,00
38	Przeciwciała anty TPO	38,00
39	Przeciwciała anty TG	44,00
<b>DIAGNOSTYKA HIPERPROLAKTYNEMII</b>		
40	PRL z PEG - iem tzw. Prolaktyna aktywna - <b>na czczo</b>	40,00
41	PRL z metoklopramidem [2 x 20,00 zł] - <b>na czczo</b>	40,00
42	PRL z metoklopramidem [3 x 20,00 zł] - <b>na czczo</b>	60,00
<b>MARKERY NOWOTWOROWE</b>		
43	hCG + b - Gonadotropina kosmówkowa	24,00
44	hCG + b - Gonadotropina kosmówkowa - od godz. 21:00 do godz. 7:00 - badania nocne	40,00
45	hCG + b - Gonadotropina kosmówkowa - konsultacja IP po godz. 21:00	24,00
46	AFP - Alfa fetoproteina	41,00
47	CA - 125 - Antygen raka jajnika	28,00
48	CEA - Antygen karcinoembrionalny	36,00
49	Total PSA - Swoisty antygen prostaty [całkowity]	55,00
50	HE 4	67,00
51	ROMA - Ocena ryzyka raka jajnika - [Ca125 + HE 4 + Algorytm oceny ryzyka]	100,00
52	Algorytm oceny ryzyka raka jajnika - ROMA	5,00
<b>DIAGNOSTYKA ZAKAŻEŃ</b>		
53	Toksoplazmoza - IgG	26,00
54	Toksoplazmoza - IgM	26,00
55	Awidność przeciwciał przeciwko Toksoplazma IgG	216,00
56	Różyczka - IgG	26,00
57	Różyczka - IgM	27,00
58	CMV IgG - Wirus cytomegalii przeciwciała IgG	26,00
59	CMV IgM - Wirus cytomegalii przeciwciała IgM	27,00
60	HIV	35,00
61	Chlamydia PCR - wynik do 4 godzin	278,00
62	Chlamydia PCR	210,00
63	Panel urogenitalny podstawowy (5 patogenów): CT (Chlamydia trachomatis), Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureoplasma urealyticum, Ureoplasma parvum	260,00
64	Panel urogenitalny rozszerzony (7 patogenów): CT (Chlamydia trachomatis), Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureoplasma urealyticum, Ureoplasma parvum, NG (Neisseria gonorrhoeae), Trichomonas vaginalis	300,00
65	CMV (Cytomegalowirus) met. PCR	193,00
66	Serodiagnostyka kiły - przesiewowy test krętkowy	31,00
67	Wykrywanie antygenu SARS-CoV-2	80,00
68	Przeciwciała anti_SARS-CoV2 S - badanie ilościowe	99,00
69	SARS-CoV-2 (COVID-19) - wykrywanie RNA koronawirusa metodą RT-PCR- z próbki wymazu z nosogardzieli - z możliwością wydania wyniku w języku angielskim - wynik do 24 godz	135,00
70	Wykrywanie RNA wirusa SARS-CoV2 metodą RT-PCR (do 3 godz.)	380,00
Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena



**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  
10.06.2022 r.

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

**DIAGNOSTYKA CUKRZYCY**

71	Glukoza z krwi żyłnej x 1 - <b>na czczo</b>	7,00
72	Glukoza x 2 [doustny test tolerancji glukozy] - <b>na czczo</b>	17,00
73	Glukoza x 3 [doustny test tolerancji glukozy] - <b>na czczo</b>	20,00
74	HbA1C	35,00
75	Insulina x 1 - <b>na czczo</b>	25,00
76	Insulina x 2 - <b>na czczo</b>	50,00
77	Insulina x 3 - <b>na czczo</b>	75,00

**DIAGNOSTYKA CHOROÓB WĄTROBY**

78	Bilirubina całkowita - <b>na czczo</b>	7,00
79	Bilirubina frakcje - <b>na czczo</b>	17,00
80	ALT - <b>na czczo</b>	7,00
81	AST - <b>na czczo</b>	7,00
82	ALT + AST - <b>na czczo</b>	14,00
83	ALP - <b>na czczo</b>	11,00
84	Kwasy żółciowe - <b>na czczo</b>	70,00
85	Hbs Ag 2,0 - Wirusowe zapalenie wątroby typu B	15,00
86	HCV - Przeciwciała przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu C	32,00
87	GGTP	9,00
88	Amoniak	65,00
89	Przeciwciała anty HBs	50,00
90	Przeciwciała anty HBc	30,00

**DIAGNOSTYKA CHOROÓB NEREK**

91	Klirens kreatyniny	24,00
92	Kreatynina w surowicy	7,00
93	Kreatynina w moczu	10,00
94	Kreatynina +eGFR (dorośli)	8,50
95	Kwas moczowy - <b>na czczo</b>	9,00
96	Mocznik + BUN - <b>na czczo</b>	9,00
97	Białko całkowite - <b>na czczo</b>	7,00
98	Białko [metoda ilościowa] w moczu	21,00
99	Albumina	12,00

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



**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  
10.06.2022 r.

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

**BADANIA KRZEPNIĘCIA KRWI**

100	Koagulologia [APTT, czas protrombinowy, oznaczenie fibrynogenu, D-dimer] - <b>na czczo</b>	67,00
101	APTT (czas częściowej tromboplastyny po aktywacji) - <b>na czczo</b>	10,00
102	Czas [wskaźnik] protrombinowy - <b>na czczo</b>	10,00
103	Oznaczenie fibrynogenu - <b>na czczo</b>	12,00
104	D – dimer - <b>na czczo</b>	35,00
105	Antytrombina - <b>na czczo</b>	65,00

**INNE OZNACZENIA DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ**

106	Badania ogólne płynu mózgowo - rdzeniowego	55,00
107	Białko w płynie mózgowo - rdzeniowym (bez pobrania)	19,00
108	Wykrywanie krwi utajonej w kale	15,00
109	Prokalcytonina	61,00
110	Krwinki płodowe	155,00
111	Troponina T	30,00
112	Płyn z jamy otrzewnej [bez pobrania]	51,00
113	Płyn z jamy opłucnej [bez pobrania]	51,00
114	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	13,00
115	ALFA 1 - ANTYTRYPSYNA	38,00
116	Witamina D <sub>3</sub>	50,00
117	Witamina B12	36,00
118	Amylaza	12,00
119	Haptoglobina	35,00

**PRZECIWCIAŁA ANTYFOSFOLIPIDOWE**

120	Anty – Kardiolipina IgG + Anty – Kardiolipina IgM	60,00
-----	---	-------

**IMMUNOHEMATOLOGIA TRANSFUZJOLOGICZNA**

1	BTA	72,90
2	Fenotyp	62,20
3	Wykrywanie przeciwciał	36,00
4	Identyfikacja przeciwciał enzym	259,50
5	Identyfikacja przeciwciał LISS	252,10

**INNE USŁUGI**

1	Pobranie krwi	20,00
2	Przygotowanie materiału do transportu	15,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<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	Oznaczanie kariotypu z kosmówki - bez pobrania materiału	786,00
<b>NIEINWAZYJNA DIAGNOSTYKA PRENATALNA WAD GENETYCZNYCH PŁODU</b>		
1	PAPP-A (analizator ROCHE)	50,00
2	f-B-hCG (analizator ROCHE)	50,00
3	Test PODWÓJNY 8 - 13 tc. [f-B-hCG + PAPP-A ] (analizator ROCHE)	100,00
4	Test PODWÓJNY 8 – 13 tc. [f-B-hCG + PAPP-A] (analizator KRYPTOR Compact Plus)	146,00
5	Test Prenatalny SANCO w wersji podstawowej (Trisomie 21, 18, 13 + Płeć płodu + Aneuploidie X,Y)	2 100,00
6	Test Prenatalny SANCO w wersji rozszerzonej (Test Prenatalny SANCO PLUS) Zakres: Trisomie 21, 18, 13 + Płeć płodu + Aneuploidie X,Y + Panel mikrodelecji: DiGeorge'a, Angelmana, Pradera-Williego, delecja 1p36, Wolfa-Hirschhorna i Cri-du-chat + analiza liczby wszystkich pozostałych chromosomów	2 600,00
7	Informacja o RHD płodu - dostępna dla testu Sanco i Sanco Plus, zarówno w ciąży pojedynczej i jak i mnogiej	290,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA GENETYCZNE</b>		
1	Badanie techniką FISH lub QF-PCR w zakresie chromosomów: 13, 18, 21, X, Y.	700,00
2	Mikromacierz kliniczna	1 751,00
3	Nieinwazyjna diagnostyka najczęstszych trisomii z krwi matki NIPT (Test Harmony)	2 144,00
4	Achondroplazja (gen FGFR3- najczęstsze mutacje)	270,00
5	Albright, dziedziczna osteodystrofia Albrighta (gen GNAS - najczęstsze mutacje)	327,00
6	Angelma, zespół AS (test metylacji DNA, badania disomii jednorodzicielskiej - analiza locus SNRPN)	500,00
7	Apert, zespół Aperta (gen FGFR2 - wybrane fragmenty /najczęstsze mutacje)	419,00
8	Atopowe zapalenie skóry, rybia łuska, astma - filagryna (gen FLG/filagryna - badanie 2 najczęstszych mutacji)	419,00
9	Becker, dystrofia mięśniowa Beckera - MLPA (gen DMD - delecje/duplikacje)	962,00
10	Charcot - Marie- Tooth choroba, CMT1A	962,00
11	Duchenne, dystrofia mięśniowa Duchenne'a (gen DMD - delecje/duplikacje)	962,00
12	Dysgeneza gonad - badanie całego genu SRY	419,00
13	Dysgeneza gonad - wykrycie obecności SRY	270,00
14	Dysplazja kampakieliczna (gen SOX9 - cały)	962,00
15	Dysplazja tanatoforyczna (gen FGFR3 - fragment/najczęstsze mutacje)	270,00
16	Dysplazja tanatoforyczna (gen FGFR3 - fragment/dodatkowe mutacje)	270,00
17	FISH z użyciem jednej sondy centromerowej lub do chromosomów płci X i Y	616,00
18	FISH z użyciem jednej sondy specyficznej/malującej	685,00
19	Fra-X, zespół łamliwego chromosomu X (prescreening)	188,00
20	Fenyloketonuria klasyczna	788,00
21	Fenyloketonuria łagodna	788,00
22	Fruktozemia- wrodzona nietolerancja fruktozy (badanie najczęstszych mutacji w genie ALDOB)	270,00
23	Galaktozemia typu 2 (gen GALT1 - badanie najczęstszej mutacji Q188R)	419,00
24	Hemochromatoza - badanie mutacji H63D, S65C i C282Y w genie HFE	350,00
25	Hypochondroplazja (HCH) (gen FGFR3 - badanie sześciu najczęstszych mutacji)	616,00
26	Karłowatość diastroficzna (diastrophic dwarfismy)/Dysplazja wielonasadowa DTDST (gen SLC26A2)	962,00
27	LCHAD, deficyt LCHAD - niedobór dehydrogenazy długocząściowych kwasów tłuszczowych (gen HADHA - najczęstsza mutacja)	327,00
28	Marfan (w genie FBN1, dwa eksony nr 28 i 29)	419,00
29	Marfan, zespół/MFS (gen FBN1 - cały)	5 243,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA GENETYCZNE</b>		
30	Mikrodelecja (zespoły najczęściej występujących mikrodelekcji chromosomowych) test MLPA	500,00
31	Mukowiscydoza (gen CFTR - cały)	2 243,00
32	Mukowiscydoza (gen CFTR - 19 mutacji)	616,00
33	Mukowiscydoza (gen CFTR - 36 mutacji)	616,00
34	Mukowiscydoza (gen CFTR - mutacja F508del)	234,00
35	Niepłodność męska - badanie genu CFTR (gen CFTR - badanie 7 mutacji)	442,00
36	Niepłodność męska, azoospermia, oligozoospermia (badanie molekularne regionu AZF)	270,00
37	Muenke, zespół Muenkego (gen FGFR3V - fragment/najczęstsza mutacja)	270,00
38	Noonan, zespół Noonan (gen PTPN11 - najczęstsze mutacje)	616,00
39	Poronienie, badanie materiału z poronienia - badanie metodą mikromacierzy	1 723,00
40	Poronienie, badanie materiału z poronienia - badanie aneuploidii chromosomowych QF - PCR (X,Y, 13,15,16,18,21,22) metodą QF - PCR	616,00
41	Poronienie, badanie materiału z poronienia (X,Y, określenie płci) - metodą QF - PCR	419,00
42	Poronienie, nawracające poronienia, nawracające zaśniady groniaste, przetrwała choroba trofoblastyczna (gen NLRP7 - cały)	1 723,00
43	Prader - Willi, zespół PWS (test metylacji DNA, badanie disomii jednorodzielskiej - analiza SNRPN)	419,00
44	Rak jajnika, genetyczna predyspozycja do raka jajnika - panel (CHEK2, NOD2, CYP1B1)	327,00
45	Rak piersi - genetyczna predyspozycja, BRCA2 (C5792T)	211,00
46	Rak piersi - genetyczna predyspozycja, CYP1B1 (C142G, G355T, G4326C)	211,00
47	Rak piersi/lub jajnika - genetyczna predyspozycja, BRCA1 5382insC, 4153delA, C61G	258,00
48	Rak piersi/lub jajnika - genetyczna predyspozycja, BRCA1 3819del5	258,00
49	Rdzeniowy zanik mięśni SMA - nosicielstwo heterozygotycznej delecji w obrębie genu SMN1	616,00
50	Rdzeniowy zanik mięśni SMA (badanie homozygotycznej delecji eksonu 7 i 8)	523,00
51	Trombofilia - badanie podstawowe, określenie 6 zmian w 4 genach (FVL G1691A/R506Q, FV H1299R, F2 G20210A, MTHFR C677T i A1298C, PAI-1 4G/5G)	523,00
52	Wrodzony przerost nadnerczy	962,00
53	Wrodzona hipoplazja nadnerczy - analiza sekwencji kodującej genu DAX1 (NROB1)	962,00
54	Smith - Lemli - Opitz, zespół Smitha i Opitza (DHCR7 - cały gen)	1 192,00
55	Zespół Beckwitha-Wiedemanna, BWS (locus 11p15 - badanie MLPA zależne od metylacji)	1 077,00
56	Zespół hipoplazji lewego serca HLHS - badany gen GJA1 (Cx43)	419,00
57	Określenie płci (X, Y), wymaz z policzka - metodą OF - PCR	454,00





**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>MIKROBIOLOGICZNE BADANIA GENETYCZNE</b>		
1	Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Ureaplasma urealyticum - panel bakteryjny I - Real time PCR - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	199,00
2	Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma genitalium - panel bakteryjny II - Real time PCR - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	188,00
3	Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae - Real time PCR (wymaz z szyjki macicy/pochwy oraz moczu) - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	211,00
4	Rzeżączka (Neisseria gonorrhoeae) - Real time PCR - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	199,00
5	Parvovirus B19	211,00
6	Kiła (Trepanoma pallidum) - PCR - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	258,00
7	Wirus opryszczki - HSV1 i HSV2 (Herpes simplex virus) - PCR - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	235,00
8	Wirus opryszczki (HSV I/II) - PCR - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	188,00
9	Toksoplazmoza (Toxoplasma gondii) - PCR (krew, płyn owodniowy) - w badaniu nie uwzględniono pobrania płynu owodniowego	148,00



**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  
10.06.2022 r.

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

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.

Dopłatę wnosi się w Kasie Szpitala przy odbiorze wyniku.

**POSIEW MATERIAŁÓW**

1	Posiew wymazu z gardła lub nosa lub ucha (bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne)	65,00
2	Posiew wymazu z rurki intub lub płwociny (bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne)	65,00
3	Posiew wymazu z odbytu lub kału (bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, grzyby drożdżopodobne, bez Salmonella, bez Shigella)	65,00
4	Posiew moczu (bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne oraz określenie liczby drobnoustrojów w 1 ml moczu)	66,00
5	Posiew wymazu z pochwy [2 wymazy zwykłe ] (bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, rzęsistek pochwowy, grzyby drożdżopodobne)	55,00
6	Posiew wymazu z pochwy + beztlenowce [1 wymaz zwykły + 1 w podłożu transportowym ] (bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, beztlenowe łącznie z Gardnerella vaginalis, rzęsistek pochwowy, mykoplazmy urogenitalne, grzyby drożdżopodobne)	135,00
7	Posiew wymazu z kanału szyjki macicy (bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, gonokoki, mykoplazmy urogenitalne, grzyby drożdżopodobne)	115,00
8	Posiew wymazu z cewki moczowej (bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, gonokoki, mykoplazmy urogenitalne, grzyby drożdżopodobne)	115,00
9	Posiew z kanału szyjki macicy + beztlenowce [ 1 wymaz w podłożu transportowym] (bakterie tlenowe w tym: paciorkowce grupy B, beztlenowe łącznie z Gardnerella vaginalis, gonokoki, mykoplazmy urogenitalne, grzyby drożdżopodobne)	140,00
10	Posiew nasienia + beztlenowce [w strzykawce] (bakterie tlenowe w tym: paciorkowiec grupy B, beztlenowe, mykoplazmy urogenitalne, rzęsistek pochwowy, grzyby drożdżopodobne, oraz określenie liczby drobnoustrojów w 1 ml nasienia)	126,00
11	Posiew krwi od dorosłych (bakterie tlenowe i beztlenowe, grzyby drożdżopodobne)	84,00
12	Posiew krwi od noworodka (bakterie tlenowe i beztlenowe, grzyby drożdżopodobne)	59,00
13	Posiew wymazu ze skóry lub pępka lub sromu (bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne)	45,00
14	Posiew wymazu z napletka (bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne)	45,00
15	Posiew płynu mózgowo - rdzeniowego (bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne)	94,00
16	Posiew wymazu ze spojówek oka [dla każdego oka osobna wymazówka] (bakterie, grzyby drożdżopodobne)	66,00
17	Posiew wymazu z rany, ropnej wydzieliny, pęcherzy ropnych [na podłożu transportowym] (bakterie tlenowe, beztlenowe, grzyby drożdżopodobne)	100,00
18	Posiew z pokarmu matki (bakterie tlenowe, grzyby drożdżopodobne)	50,00
19	Posiew w kierunku mykoplazm urogenitalnych [Ureaplasma spp. i Mycoplasma hominis] (łącznie z identyfikacją i antybiogramem)	100,00
20	Posiew w kierunku Neisseria gonorrhoeae	50,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA MIKROBIOLOGICZNE</b>		
21	Posiew w kierunku Trichomonas spp.	31,00
22	Posiew w kierunku Gardnerella vaginalis	49,00
23	Posiew w kierunku beztlenowców	69,00
24	Posiew w kierunku enterokoków VRE	40,00
25	Posiew płynu z jamy opłucnej	111,00
26	Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych	38,00
27	Posiew w kierunku paciorkowców grupy B [1 wymaz]	40,00
28	Posiew w kierunku paciorkowców grupy B [2 wymazy]	50,00
29	Posiew w kierunku gronkowca złocistego	38,00
<b>POBRANIA NA POSIEW</b>		
1	Pobranie 1 wymazu z: pochwy / odbytu / gardła / okolic brzucha 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 bakterii beztlenowych	111,00
2	Identyfikacja grzybów drożdżopodobnych	104,00
3	Identyfikacja w analizatorze VITEK	67,00
4	Identyfikacja w analizatorze VITEK2	113,00
5	Identyfikacja w analizatorze VITEK3	81,00
6	Identyfikacja krążkami BV i BX	26,00
7	Identyfikacja krążkiem BC	18,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>ANTYBIOGRAMY</b>		
1	Antybiogram dla gronkowców (podstawowy)	70,00
2	Antybiogram dla gronkowców (rozszerzony)	95,00
3	Antybiogram dla pałeczek gram (-) (podstawowy) + mechanizm oporności	90,00
4	Antybiogram dla pałeczek gram (-) (rozszerzony) + mechanizm oporności	95,00
5	Antybiogram dla paciorkowców lub maczugowców	83,00
6	Antybiogram dla grzybów drożdżopodobnych	61,00
7	Antybiogram dla H. influenzae	84,00
8	Antybiogram dla bakterii beztlenowych	94,00
9	Antybiogram dla enterokoków	70,00
10	Antybiogram dla Moraxella catarrhalis	70,00
11	Wrażliwość na jeden antybiotyk (metodą krążkową)	31,00
12	Mechanizmy oporności dla pałeczek gram (-)	75,00
13	Oznaczenie MIC antybiotyku	77,00
<b>IZOLACJA NA PODŁOŻACH</b>		
1	Izolacja na podłożu - Columbia Agar + 5% krwi baraniej	19,00
2	Izolacja na podłożu - Agar czekoladowy + Polyvitex	25,00
3	Izolacja na podłożu - Mueller - Hinton Agar MH2	17,00
4	Izolacja na podłożu - Chromid Strepto B	19,00
5	Izolacja na podłożu - Chromid Cps	19,00
<b>TESTY LATEKSOWE</b>		
1	Test I. - Slidex Staph Kit (różnicowanie gronkowców złocistych i koagulazo - ujemnych)	14,00
2	Test I. - Slidex Strepto Kit (podział paciorkowców na grupy serologiczne)	57,00
3	Test I. - Slidex Pneumo Kit (identyfikacja Streptococcus pneumoniae)	54,00
4	Test I. - Meningite (identyfikacja w płynie mózgowo-rdzeniowym rozpuszczalnych antygenów Neisseria meningitidis grupy A, C, Y/W 136, B; Escherichia coli K1, Haemophilus i Influezae grupy B; Streptococcus pneumoniae, paciorkowce grupy B)	152,00



**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  
10.06.2022 r.

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

**INNE BADANIA MIKROBIOLOGICZNE**

1	Genbag anaer	24,00
2	Preparat barwiony metodą grama	30,00
3	Czystość pochwy + hodowla rzęsiotka pochwowego + grzybów	56,00
4	Kontrola jałowości leków	56,00
5	Kontrola jałowości wody	54,00
6	Badanie jałowości roztworów preparatów dezynfekcyjnych	40,00
7	Kontrola sterylizacji w autoklawie	40,59
8	Przygotowanie zawiesiny bakterii tlenowych	109,00
9	Przygotowanie zawiesiny bakterii beztlenowych	128,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>SZKOŁA RODZENIA</b>		
1	"Szkoła Rodzenia" - pełny wymiar zajęć	550,00
2	"Szkoła Rodzenia" - uczestnictwo w niepełnym wymiarze zajęć	375,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA USG</b>		
1	USG ginekologiczne – brzuszne / dopochwowe	110,00
2	USG położnicze	110,00
3	USG płodu	110,00
4	USG DOPPLER	120,00
5	USG 3D - trójwymiarowe	180,00
6	USG położnicze + USG DOPPLER	220,00
7	USG położnicze + USG DOPPLER + 3D	360,00
8	USG układu moczowego	110,00
9	USG ginekologiczne + USG układu moczowego	120,00
10	USG położnicze + USG układu moczowego	120,00
11	Wewnątrzmaciczna cefalometria	110,00
12	Lokalizacja łożyska w USG	110,00
13	USG wielomejscowe	110,00
14	USG całego ciała	240,00
15	Punkcja dopochwowa	230,00
16	Punkcja brzuszna	270,00
17	Punkcja gruczołu sutkowego	200,00
18	Echokardiografia płodu	220,00
19	Sonohysterografia [ SIS ]	360,00
20	USG przeziemiączkowe	110,00
21	USG bioderek u dzieci	110,00
22	ECHO serca u dziecka	130,00
23	USG serca, jamy brzusznej u dzieci	110,00
24	USG gin./poł. - KONSULTACYJNE	110,00
25	Amniopunkcja genetyczna pod kontrolą USG	340,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA W PRACOWNI 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 mostkowo-obojczykowy	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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA W PRACOWNI RTG</b>		
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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA W PRACOWNI RTG</b>		
61	Badanie HSG (Podana cena obejmuje wyłącznie badanie HSG. Przyjęcie do szpitala, wypis, pobyt, leki, badanie ginekologiczne, USG itp. są wyceniane osobno po zakończeniu hospitalizacji Pacjenta.)	400,00
62	Mammografia	95,00
63	1/2 Mammografii	48,00
64	USG piersi	90,00
65	USG tarczycy	90,00
66	USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	90,00
67	USG węzłów chłonnych	80,00
68	USG tkanek miękkich	80,00
69	USG ślinianek	80,00
70	Diagnostyka USG - inne	100,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA DENSYTOMETRYCZNE</b>		
1	Densytometria kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 + analiza TBS	99,00
2	Densytometria szyjki kości udowej + FRAX* (10-letnia ocena ryzyka złamań)	99,00
3	Densytometria obu szyjek kości udowych	110,00
4	Densytometria przedramienia	99,00
5	Densytometria kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 i szyjki kości udowej + FRAX* (10-letnia ocena ryzyka złamań)	121,00
6	Densytometria kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 i obu szyjek kości udowych + FRAX* (10-letnia ocena ryzyka złamań)	132,00
7	Densytometria przedramienia i szyjki kości udowej + FRAX* (10-letnia ocena ryzyka złamań)	121,00
8	Densytometria przedramienia i obu szyjek kości udowych + FRAX* (10-letnia ocena ryzyka złamań)	132,00
9	Total Body - densytometria całego szkieletu	110,00
10	Total Body - densytometria całego szkieletu + kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4	176,00
11	Total Body - densytometria całego szkieletu + szyjki kości udowej	176,00
12	Morfometria kręgosłupa	110,00
13	Skład ciała - Body Composition	110,00
14	Densytometria kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 - U DZIECI	99,00
15	Densytometria szyjki kości udowej - U DZIECI	99,00
16	Densytometria kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 i szyjki kości udowej - U DZIECI	121,00
17	Total Body - densytometria całego szkieletu - U DZIECI	110,00
18	Total Body - densytometria całego szkieletu + kręgosłupa lędźwiowego L1 - L4 - U DZIECI	176,00
19	Total Body - densytometria całego szkieletu + szyjki kości udowej - U DZIECI	176,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA W PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO</b>		
<b>RABAT 10% NA DRUGIE BADANIE WYKONANE W CIĄGU 30 DNI OD PIERWSZEGO BADANIA MR (WYKONANE W GPSK)</b>		
1	MR głowy (bez kontrastu)	535,00
2	MR głowy (z kontrastem)	685,00
3	MR głowy + angio (1 faza tętnicza lub żylna) bez kontrastu	680,00
4	MR głowy + angio (2 fazy tętnicza i żylna) bez kontrastu	700,00
5	MR głowy z kontrastem + angio (1 faza tętnicza lub żylna)	800,00
6	MR głowy z kontrastem + angio (2 fazy tętnicza i żylna)	850,00
7	MR przysadki (z kontrastem)	750,00
8	MR głowy z kontrastem + przysadka + angio (1 faza tętnicza lub żylna)	820,00
9	MR głowy z kontrastem + przysadka + angio (2 fazy tętnicza lub żylna)	850,00
10	MR oczodołów (z kontrastem)	680,00
11	MR oczodołów (bez kontrastu)	530,00
12	MR twarzoczaszki (z kontrastem)	680,00
13	MR szyi (z kontrastem)	740,00
14	MR kręgosłupa szyjnego (bez kontrastu)	530,00
15	MR kręgosłupa szyjnego (z kontrastem)	680,00
16	MR kręgosłupa piersiowego (bez kontrastu)	530,00
17	MR kręgosłupa piersiowego (z kontrastem)	680,00
18	MR kręgosłupa lędźwiowego (bez kontrastu)	530,00
19	MR kręgosłupa lędźwiowego (z kontrastem)	680,00
20	MR 2 odcinków kręgosłupa (bez kontrastu)	950,00
21	MR 2 odcinków kręgosłupa (z kontrastem)	1 200,00
22	MR 3 odcinków kręgosłupa (bez kontrastu)	1 200,00
23	MR 3 odcinków kręgosłupa (z kontrastem)	1 500,00
24	MR jamy brzusznej (bez kontrastu)	550,00
25	MR jamy brzusznej (z kontrastem)	780,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA W PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO</b>		
<b>RABAT 10% NA DRUGIE BADANIE WYKONANE W CIĄGU 30 DNI OD PIERWSZEGO BADANIA MR (WYKONANE W GPSK)</b>		
26	MR miednicy (bez kontrastu)	550,00
27	MR miednicy (z kontrastem)	780,00
28	MR jamy brzusznej i miednicy (bez kontrastu)	1 000,00
29	MR jamy brzusznej i miednicy (z kontrastem)	1 300,00
30	MR całego ciała (Whole Body Scan)	1 500,00
31	MR stawu barkowego (bez kontrastu)	550,00
32	MR stawu barkowego (z kontrastem)	780,00
33	MR stawu łokciowego (bez kontrastu)	550,00
34	MR stawu łokciowego (z kontrastem)	780,00
35	MR nadgarstka (bez kontrastu)	550,00
36	MR nadgarstka (z kontrastem)	780,00
37	MR ręki (bez kontrastu)	550,00
38	MR ręki (z kontrastem)	780,00
39	MR kości ramiennej (bez kontrastu)	550,00
40	MR kości ramiennej (z kontrastem)	780,00
41	MR kości przedramienia (bez kontrastu)	550,00
42	MR kości przedramienia (z kontrastem)	780,00
43	MR piersi (z kontrastem)	800,00
44	MR klatki piersiowej (bez kontrastu)	550,00
45	MR klatki piersiowej (z kontrastem)	780,00
46	MR stawów biodrowo-krzyżowych (bez kontrastu)	550,00
47	MR stawów biodrowo-krzyżowych (z kontrastem)	780,00
48	MR kości krzyżowo-ogonowej (bez kontrastu)	550,00
49	MR kości krzyżowo-ogonowej (z kontrastem)	780,00
50	MR stawu biodrowego (bez kontrastu)	550,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA W PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO</b>		
<b>RABAT 10% NA DRUGIE BADANIE WYKONANE W CIĄGU 30 DNI OD PIERWSZEGO BADANIA MR (WYKONANE W GPSK)</b>		
51	MR stawu biodrowego (z kontrastem)	780,00
52	MR obu stawów biodrowych (bez kontrastu)	900,00
53	MR obu stawów biodrowych (z kontrastem)	1 100,00
54	MR stawu kolanowego (bez kontrastu)	550,00
55	MR stawu kolanowego (z kontrastem)	780,00
56	MR obu stawów kolanowych (bez kontrastu)	900,00
57	MR stawu skokowego (bez kontrastu)	550,00
58	MR stawu skokowego (z kontrastem)	780,00
59	MR obu stawów skokowych (bez kontrastu)	900,00
60	MR stopy (bez kontrastu)	550,00
61	MR stopy (z kontrastem)	780,00
62	MR obu stóp (bez kontrastu)	900,00
63	MR uda (bez kontrastu)	550,00
64	MR uda (z kontrastem)	780,00
65	MR podudzia (bez kontrastu)	550,00
66	MR podudzia (z kontrastem)	780,00
67	MRCP (cholangiografia MR)	550,00
68	Urografia MR (z kontrastem)	1 140,00
69	Kontrast - dopłata w przypadku poszerzenia badania	280,00
70	MR głowy (bez kontrastu) - u noworodka bez znieczulenia	1 140,00
71	MR głowy (z kontrastem) - u noworodka bez znieczulenia	1 330,00
72	Znieczulenie osoby dorosłej do badania MR	360,00
73	Sedacja osoby dorosłej do badania MR	264,00
74	Znieczulenie noworodka do badania MR	600,00
75	Znieczulenie noworodka do badania MR z indukcją	785,00



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>PRACOWNIA PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY</b>		
<b>OZNACZENIA</b>		
1	Cytologia ginekologiczna konwencjonalna	54,00
2	Test CINtec PLUS p16/Ki-67 (ocena koekspresji białek p16 i Ki-67 w rozmazach cytologicznych z szyjki macicy)	267,00
3	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
4	Test metylacyjny QIASure - wykrywanie metylowanych regionów promotorów genów FAM19A4 i hsa-mir124-2	495,00
<b>BADANIA POJEDYŃCZE W PORADNI PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY</b>		
1	Kolposkopia [Kolposkopowe badanie szyjki macicy]	156,00
2	USG macicy nieciążarnej i przydatków	110,00
<b>BADANIA ZŁOŻONE W PORADNI PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY</b>		
1	Kolposkopia + Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + Badanie histopatologiczne	299,00
2	USG macicy nieciążarnej i przydatków + Pobranie wymazu cytologicznego	196,00
3	Badanie ginekologiczne + Pobranie wymazu cytologicznego	183,00
4	Badanie ginekologiczne + Pobranie wymazu na wykrywanie DNA wirusa HPV	183,00
5	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Pobranie wymazu cytologicznego	260,00
6	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Pobranie wymazu na wykrywanie DNA wirusa HPV	260,00
7	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Pobranie wymazu cytologicznego + Pobranie wymazu na wykrywanie DNA wirusa HPV	263,00
8	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Biopsja + Pobranie wymazu na wykrywanie DNA wirusa HPV	411,00
9	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + Bad. histopatologiczne + Skrobanie kanału szyjki macicy + Pobranie wymazu cytologicznego	415,00
10	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + Badanie histopatologiczne + Skrobanie kanału szyjki macicy + Pobranie wymazu na wykrywanie DNA wirusa HPV	415,00



**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  
10.06.2022 r.

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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA USŁUGI</b>	<b>Cena</b>
<b>ZABIEGI W CENTRUM DIAGNOSTYKI I LECZENIA NIEPŁODNOŚCI</b>		
1	<b>Ocena andrologiczna i seminologiczna oraz kwalifikacja pacjenta do zabiegu inseminacji domacicznej:</b>	450,00
	- przyjęcie i kwalifikacja pacjenta	153,00
	- ocena seminologiczna nasienia	164,00
	- przygotowanie nasienia do inseminacji	133,00





**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>ZABIEGI W CENTRUM DIAGNOSTYKI I LECZENIA NIEPŁODNOŚCI</b>		
<b>W przypadku płatności za przechowywanie zarodków i oocytów prosimy o umieszczenie nazwy "Przechowywanie kod 09" w tytule przelewu w przypadku przechowywania zarodków lub "Przechowywanie kod 45" w przypadku przechowywania oocytów.</b>		
<b>PROCEDURY</b>		
1	PRZYGOTOWANIE PACJENTKI DO PROCEDURY IN VITRO	421,00
2	MONITOROWANIE CYKLU DO PROCEDURY ZAPŁODNIENIA IN VITRO - KONSULTACJA Z BADANIEM ESTRADIOLU	260,00
3	PUNKCJA JAJNIKÓW (ZE ZNIECZULENIEM)	2 525,00
4	ZAPŁODNIENIE METODĄ IVF/ ICSI / IMSI Z HODOWLĄ ZARODKÓW - procedury embriologiczne	2 240,00
5	MROŻENIE 3 ZARODKÓW / 9 OOCYTÓW	1 466,00
6	TRANSFER ŚWIEŻYCH ZARODKÓW	1 353,00
7	TRANSFER ROZMROŻONYCH ZARODKÓW (Z ODCZYNNIKIEM EMBRYOGLUE)	2 076,00
8	PRZECHOWYWANIE OOCYTÓW (każdy rok)	432,00
9	PRZECHOWYWANIE ZARODKÓW (każdy rok)	432,00
<b>PROCEDURY UZUPEŁNIAJĄCE:</b>		
1	a) AKTYWACJA OOCYTÓW (odczynnik Cult Active)	300,00
2	b) MAGNETYCZNE SORTOWANIE PLEMNIKÓW (SEPARACJA)	1 325,00
3	c) DOPŁATA ZA PRZYGOTOWANIE NASIENIA DO PROCEDURY IN VITRO Z UŻYCIEM KOMORY ZyMot	307,00



**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  
10.06.2022 r.

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

**PROCEDURY POZOSTAŁE:**

1	ZAPŁODNIENIE METODĄ PCSI Z HODOWLĄ ZARODKÓW - procedury embriologiczne	2 736,00
2	ZAPŁODNIENIE PO ZABIEGU Micro - TESE Z HODOWLĄ ZARODKÓW - procedury embriologiczne	2 625,00
3	ZAPŁODNIENIE Z WYKORZYSTANIEM ŻEŃSKICH KOMÓREK ROZRODCZYCH OD ANONIMOWEJ DAWCZYNI Z HODOWLĄ ZARODKÓW - procedury embriologiczne	5 290,00
4	PAKIET BADAŃ WIRUSOLOGICZNYCH DLA BIORCZYŃ OOCYTÓW OD ANONIMOWEJ DAWCZYNI	516,10
5	ZAPŁODNIENIE ROZMROŻONYCH OOCYTÓW Z HODOWLĄ ZARODKÓW - procedury embriologiczne	3 163,00
6	ZAPŁODNIENIA Z WYKORZYSTANIEM NASIENIA DAWCY Z HODOWLĄ ZARODKÓW - procedury embriologiczne	2 338,00
7	TRANSFER ŚWIEŻYCH ZARODKÓW Z ODCZYNNIKIEM GM-CSF	2 250,00
8	TRANSFER ROZMROŻONYCH ZARODKÓW Z ODCZYNNIKIEM GM-CSF	2 777,00
9	ZABIEG MIKROEKSTRAKCI TKANKI JĄDRA (Micro-TESE)	4 238,00
10	PROCEDURA ADOPCJI ZARODKA	2 076,00
11	PAKIET BADAŃ WIRUSOLOGICZNYCH DLA BIORCZYŃ ZARODKA (ADOPCJA ZARODKA)	1 032,20
12	POBRANIE OOCYTÓW CELEM ZABEZPIECZENIA NA PRZYSZŁOŚĆ	2 525,00
13	PODAŻ LEKU PRZECIWSKURCZOWEGO Z OPIEKĄ NAD PACJENTKĄ PO PODAŻY LEKU	922,00
<b>CENNIK DLA PACJENTEK, KTÓRE BRAŁY UDZIAŁ W PROGRAMIE MINISTERSTWA ZDROWIA w latach 2013-2016</b>		
1	MONITOROWANIE CYKLU DO TRANSFERU ROZMROŻONYCH ZARODKÓW - KONSULTACJA	204,00
2	TRANSFER ROZMROŻONYCH ZARODKÓW	procedura bezpłatna



**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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>BADANIA ANDROLOGICZNE</b>		
1	Ocena seminologiczna nasienia	164,00
2	Ocena seminologiczna nasienia w trakcie zabiegu Micro-TESE	274,00
3	Komputerowa ocena nasienia	172,00
4	Przygotowanie nasienia męża do AIH	133,00
5	Przygotowanie nasienia dawcy do AID	231,00
6	Selekcja nasienia (w tym fenotypowanie)	74,00
7	Rozmrożenie nasienia + analiza seminologiczna	99,00
8	Preparatyka nasienia Partnera do In Vitro	333,00
9	Preparatyka nasienia Dawcy do In Vitro	431,00
10	Przechowywanie zamrożonego nasienia (1 rok)	432,00 / rok
11	Przechowywanie nasienia dla pacjentów przed planowaną radio- i chemioterapią	432,00 / rok
12	Przechowywanie nasienia dla pacjentów na <u>kolejny rok</u>	400,00 / rok
13	Test penetracji plemników	85,00
14	Test hypoosmotyczny	89,00
15	MAR BEZPOŚREDNI Test mieszanej reakcji antyglobulinowej	172,00
16	MAR POŚREDNI Test mieszanej reakcji antyglobulinowej	164,00
17	Fragmentacja DNA plemników (chromatyny plemnikowej)	393,00
18	Test HBA - ocena dojrzałości plemników test z hialuronianem	252,00
19	Rozmaz barwiony metodą Papanicolau	338,00
20	Test do oceny stresu oksydacyjnego plemników (OXI-SPERM)	210,00
21	Dopłata za przygotowanie nasienia do inseminacji z użyciem komory ZyMot	506,00
22	Dopłata za przygotowanie nasienia do procedury IN VITRO z użyciem komory ZyMot	307,00



**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  
10.06.2022 r.

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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA USŁUGI</b>	<b>Cena</b>
<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  
10.06.2022 r.

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

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
<b>USŁUGI NIEMEDYCZNE</b>		
1	Sporządzanie kopii dokumentacji medycznej - 1 strona	0,44
2	Sporządzanie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - 1 strona	12,47
3	Udostępnianie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych	2,49
4	Wgląd w dokumentację medyczną bezpłatny - po uprzednim uzgodnieniu terminu	-
5	Sprzedaż książeczki zdrowia dziecka – pustego druku [np. w przypadku zagubienia]	4,00
6	Podanie godziny urodzenia na pisemny wniosek	12,00
7	Sporządzanie kopii dokumentacji niemedyceynej - 1 strona	0,30
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.		
8	Przechowywanie zwłok osoby dorosłej / 1 godz.	3,00
9	Przechowywanie zwłok osoby dorosłej / 1 doba	72,00
10	Przechowywanie zwłok noworodka / 1 godz.	1,41
11	Przechowywanie zwłok noworodka / 1 doba	33,60

\* 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.