



**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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
SPIS TREŚCI:		STR.
1.	BADANIA LABORATORYJNE	2 - 11
2.	SZKOŁA RODZENIA / OPŁATA ZA OBECNOŚĆ PRZY PORODZIE	12
3.	BADANIA USG, EKG	13
4.	BADANIA RTG	14 - 16
5.	BADANIA DENSYTOMETRYCZNE	17
6.	BADANIA URODYNAMICZNE	17
7.	BADANIA ANDROLOGICZNE	18
8.	BADANIA W PRACOWNI PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY	19
9.	ZABIEGI W LECZENIU NIEPŁODNOŚCI	20 - 21
10.	USŁUGI LEKARZA MEDYCZYNY PRACY	22
11.	USŁUGI POZOSTAŁE NIEMEDYCZNE	23
12.	HOTELIK	24



**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: 000002866

Obowiązuje od
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

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. - na czczo	4,00
2	Morfologia - na czczo	12,50
3	Rozmaz [mikroskopowy]	7,50
4	Płytki krwi liczone	6,00
5	Retikulocyty	10,80
6	Żelazo - na czczo	11,30
7	Mocz [badanie ogólne] - na czczo	8,50
8	Elektrolity w moczu: Na [O35.11.065], K [N45.11.065], Cl [I 97.11.065] - na czczo	10,00
9	Elektrolity w surowicy: Na [O35.11.065], K [N45.11.065], Cl [I 97.11.065] - na czczo	10,00
10	Wapń	8,00
11	Magnez	9,50
12	Fosfor nieorganiczny - na czczo	10,50
13	Gazometria	20,00
14	CRP – Białko C - reaktywne	13,00
15	Grupa krwi dorośli	41,90
16	Grupa krwi dorośli AUTOMAT - wynik potwierdzony	70,50
17	Grupa krwi noworodka	31,80
PROFIL LIPIDOWY		
18	Cholesterol całkowity - na czczo	7,00
19	Cholesterol HDL - na czczo	9,50
20	Cholesterol LDL metoda bezpośrednia - na czczo	9,50
21	Trójglicerydy - na czczo	7,50
22	PROFIL LIPIDOWY_Cholesterol całkowity, cholesterol HDL, LDL [obliczony] i trójglicerydy - na czczo	25,00
BADANIA HORMONALNE		
HORMONY PŁCIOWE		
23	LH - Lutropina	17,00
24	FSH - Folikulotropowy	17,00
25	PRL - Prolaktyna - na czczo	17,00
26	E2 - Estradiol	17,00
27	P - Progesteron	25,00
28	T - Testosteron - na czczo	22,00
29	SHBG - Globulina wiążąca hormony płciowe	35,00
30	Cortisol - Kortyzol - na czczo	22,00
31	Kortyzol w dobowej zbiórce moczu - wydalanie	25,00
32	DHEA-S04 - Dehydroepiandrosteronu siarczan	24,00
33	17 – OH – Progesteron	30,00
34	AMH - ocena rezerwy jajnikowej	140,00



**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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
DIAGNOSTYKA CHORÓB TARCZYCY		
35	Free T3 - Wolna trijodotyronina	16,00
36	Free T4 - Wolna tyroksyna	16,00
37	hTSH II - Tyreotropina - na czczo	16,00
38	Przeciwciała anty TPO	28,00
39	Przeciwciała anty TG	30,00
HORMONY W MOCZU		
40	17-Kortykosteroidy	88,00
41	17-Hydroksykortykosteroidy	88,00
42	Pregnantiol	102,00
43	Dehydroepiandrosteron	72,00
DIAGNOSTYKA HIPERPROLAKTYNEMII		
44	PRL z PEG - iem tzw. Prolaktyna aktywna - na czczo	34,00
45	PRL z metoklopramidem [2 x 17,00 zł] - na czczo	34,00
46	PRL z metoklopramidem [3 x 17,00 zł] - na czczo	51,00
MARKERY NOWOTWOROWE		
47	hCG + b - Gonadotropina kosmówkowa	19,00
48	hCG + b - Gonadotropina kosmówkowa - od godz. 21:00 do godz. 7:00 - badania nocne	40,00
49	hCG + b - Gonadotropina kosmówkowa - konsultacja IP po godz. 21:00	19,00
50	AFP - Alfa fetoproteina	29,00
51	CA - 125 - Antygen raka jajnika	27,00
52	CEA - Antygen karcinoembrionalny	27,00
53	Total PSA - Swoisty antygen prostaty [całkowity]	27,00
54	HE 4	45,00
55	ROMA - Ocena ryzyka raka jajnika - [Ca125 + HE 4 + Algorytm oceny ryzyka]	77,00
56	Algorytm oceny ryzyka raka jajnika - ROMA	5,00
DIAGNOSTYKA ZAKAŻEŃ		
57	Toksoplazmoza -IgG	26,00
58	Toksoplazmoza -IgM	26,00
59	Awidność przeciwciał przeciwko Toksoplazma IgG	126,00
60	Różyczka -Ig G	26,00
61	Różyczka -Ig M	26,00
62	CMV IgG - Wirus cytomegalii przeciwciała IgG	26,00
63	CMV IgM - Wirus cytomegalii przeciwciała IgM	26,00
64	Awidność przeciwciał przeciwko Cytomegalowirusowi IgG	125,00
65	Przeciwciała IgG dla wirusa odry	79,00
66	Przeciwciała IgM dla wirusa odry	90,00
67	HIV	26,50
68	HIV PCR	274,00
69	Chłamydia PCR	180,00
70	Przeciwciała przeciwko krętkowi blademu (kiła)	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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
DIAGNOSTYKA CUKRZYCY		
71	Glukoza z krwi żyłnej [każde oznaczenie] x 1 - na czczo	5,50
72	Glukoza z krwi żyłnej x 2 [krzywa glukozy] - na czczo	11,00
73	Glukoza z krwi żyłnej x 3 [krzywa glukozy] - na czczo	16,50
74	Glukoza z krwi żyłnej x 5 [krzywa glukozy] - na czczo	27,50
75	HbA1C	28,00
76	Insulina x 1 - na czczo	25,00
77	Insulina x 2 - na czczo	50,00
78	Insulina x 3 - na czczo	75,00
79	Insulina x 5 - na czczo	125,00
80	Insulina x 6 - na czczo	150,00
DIAGNOSTYKA CHOROÓB WĄTROBY		
81	Bilirubina całkowita - na czczo	6,00
82	Bilirubina frakcje - na czczo	18,00
83	ALT - na czczo	6,50
84	AST - na czczo	6,50
85	ALT + AST - na czczo	13,00
86	ALP - na czczo	12,00
87	Kwasy żółciowe - na czczo	58,00
88	HCV - Przeciwciała przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu C	32,00
89	HCV PCR	274,00
90	Hbs Ag 2,0 - Wirusowe zapalenie wątroby typu B	13,00
91	GGTP	8,80
92	Amoniak	34,00
93	Przeciwciała anty HBs	21,60
94	Przeciwciała anty HBc	21,60
DIAGNOSTYKA CHOROÓB NEREK		
95	Kreatynina	6,50
96	Kreatynina +eGFR	7,50
97	Klirens kreatyniny	31,50
98	Kwas moczowy - na czczo	6,50
99	Mocznik + BUN - na czczo	7,00
100	Białko całkowite [metoda półilościowa] - na czczo	6,00
101	Białko [metoda ilościowa] w moczu	11,00
102	Białko (metoda ilościowa) w płynie mózgowo – rdzeniowym (bez pobrania)	12,00
103	Białko (metoda ilościowa) w płynie (bez pobrania)	12,00
104	Albumina	8,00



**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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
BADANIA KRZEPNIĘCIA KRWI		
105	Koagulologia [APTT, czas protrombinowy, oznaczenie fibrynogenu, D-dimer] - na czczo	59,10
106	APTT (czas częściowej tromboplastyny po aktywacji) - na czczo	7,50
107	Czas [wskaźnik] protrombinowy - na czczo	7,50
108	Oznaczenie fibrynogenu - na czczo	10,10
109	D – dimer - na czczo	34,00
INNE OZNACZENIA DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ		
110	Badania ogólne płynu mózgowo - rdzeniowego	50,00
111	Wykrywanie krwi utajonej w kale	17,00
112	Prokalcytonina	74,00
113	Krwinki płodowe	50,00
114	Troponina T	23,00
115	Płyn z jamy otrzewnej [bez pobrania]	38,00
116	Płyn z jamy opłucnej [bez pobrania]	38,00
117	Antytrombina III (AT III)	36,00
118	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	11,00
119	ALFA 1 - ANTYTRYPSYNA	25,00
120	Witamina D ₃	60,00
121	Witamina B12	35,00
122	Amylaza	12,90
123	Haptoglobina	25,10
PRZECIWCIAŁA ANTYFOSFOLIPIDOWE		
124	Anty – Kardiolipina IgG + Anty – Kardiolipina IgM	60,00
IMMUNOHEMATOLOGIA TRANSFUZJOLOGICZNA		
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
INNE USŁUGI		
1	Zabezpieczenie krwi przed operacją	2,50
2	Pobranie krwi	10,70



**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: 000002866

Obowiązuje od
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
BADANIA CYTOGENETYCZNE		
1	Oznaczenie kariotypu z krwi płodowej [Z kordocentezy genetycznej]	460,00
2	Oznaczenie kariotypu z krwi obwodowej	460,00
3	Oznaczenie kariotypu z pobranych wód płodowych - bez pobrania materiału [Z amniopunkcji genetycznej]	700,00
4	Oznaczenie kariotypu z kosmówki - bez pobrania materiału	786,00
5	Badanie techniką FISH lub QF-PCR w zakresie chromosomów: 13, 18, 21, X, Y.	700,00
6	PAPP-A (analizator ROCHE)	38,00
7	f-B-hCG (analizator ROCHE)	35,00
8	Test PODWÓJNY 8 - 13 tc. [f-B-hCG + PAPP-A] (analizator ROCHE)	73,00
9	Test PODWÓJNY 8 – 13 tc. [f-B-hCG + PAPP-A] (analizator DELFIA)	146,00
10	Mikromacierz kliniczna	1 751,00
11	Nieinwazyjna diagnostyka najczęstszych trisomii z krwi matki NIPT	2 231,00
12	Achondroplazja (gen FGFR3- najczęstsze mutacje)	270,00
13	Albright, dziedziczna osteodystrofia Albrighta (gen GNAS - najczęstsze mutacje)	327,00
14	Angelma, zespół AS (test metylacji DNA, badania disomii jednorodzicielskiej - analiza locus SNRPN)	500,00
15	Apert, zespół Aperta (gen FGFR2 - wybrane fragmenty /najczęstsze mutacje)	419,00
16	Atopowe zapalenie skóry, rybia łuska, astma - filagryna (gen FLG/filagryna - badanie 2 najczęstszych mutacji)	419,00
17	Becker, dystrofia mięśniowa Beckera - MLPA (gen DMD - delecje/duplikacje)	962,00
18	Charcot - Marie- Tooth choroba, CMT1A	962,00
19	Duchenne, dystrofia mięśniowa Duchenne'a (gen DMD - delecje/duplikacje)	962,00
20	Dysgeneza gonad - badanie całego genu SRY	419,00
21	Dysgeneza gonad - wykrycie obecności SRY	270,00
22	Dysplazja kampoeliczna (gen SOX9 - cały)	962,00
23	Dysplazja tanatoforyczna (gen FGFR3 - fragment/najczęstsze mutacje)	270,00
24	Dysplazja tanatoforyczna (gen FGFR3 - fragment/dodatkowe mutacje)	270,00
25	FISH z użyciem jednej sondy centromerowej lub do chromosomów płci X i Y	616,00
26	FISH z użyciem jednej sondy specyficznej/malującej	685,00
27	Fra-X, zespół łamliwego chromosomu X (prescreening)	188,00
28	Fenyloketonuria klasyczna	788,00
29	Fenyloketonuria łagodna	788,00
30	Fruktozemia- wrodzona nietolerancja fruktozy (badanie najczęstszych mutacji w genie ALDOB)	270,00
31	Galaktozemia typu 2 (gen GALT1 - badanie najczęstszej mutacji Q188R)	419,00



**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: 000002866

Obowiązuje od
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
32	Hemochromatoza - badanie mutacji H63D, S65C i C282Y w genie HFE	350,00
33	Hypochondroplazja (HCH) (gen FGFR3 - badanie sześciu najczęstszych mutacji)	616,00
34	Karłowatość diastroficzna (diastrophic dwarfismy)/Dysplazja wielonasadowa DTDST (gen SLC26A2)	962,00
35	LCHAD, deficyt LCHAD - niedobór dehydrogenazy długogańcuchowych kwasów tłuszczowych (gen HADHA - najczęstsza mutacja)	327,00
36	Marfan (w genie FBN1, dwa eksony nr 28 i 29)	419,00
37	Marfan, zespół/MFS (gen FBN1 - cały)	5 243,00
38	Mikrodelecja (zespoły najczęściej występujących mikrodelekcji chromosomowych) test MLPA	500,00
39	Mukowiscydoza (gen CFTR - cały)	2 243,00
40	Mukowiscydoza (gen CFTR - 19 mutacji)	616,00
41	Mukowiscydoza (gen CFTR - 36 mutacji)	616,00
42	Mukowiscydoza (gen CFTR - mutacja F508del)	234,00
43	Nieplodność męska - badanie genu CFTR (gen CFTR - badanie 7 mutacji)	442,00
44	Nieplodność męska, azoospermia, oligozoospermia (badanie molekularne regionu AZF)	270,00
45	Muenke, zespół Muenkego (gen FGFR3V - fragment/najczęstsza mutacja)	270,00
46	Noonan, zespół Noonan (gen PTPN11 - najczęstsze mutacje)	616,00
47	Poronienie, badanie materiału z poronienia - badanie metodą mikromacierzy	1 723,00
48	Poronienie, badanie materiału z poronienia - badanie aneuploidii chromosomowych QF - PCR (X,Y, 13,15,16,18,21,22) metodą QF - PCR	616,00
49	Poronienie, badanie materiału z poronienia (X,Y, określenie płci) - metodą QF - PCR	419,00
50	Poronienie, nawracające poronienia, nawracające zaśniady groniaste, przetrwała choroba trofoblastyczna (gen NLRP7 - cały)	1 723,00
51	Prader - Willi, zespół PWS (test metylacji DNA, badanie disomii jednorodzielskiej - analiza SNRPN)	419,00
52	Rak jajnika, genetyczna predyspozycja do raka jajnika - panel (CHEK2, NOD2, CYP1B1)	327,00
53	Rak piersi - genetyczna predyspozycja, BRCA2 (C5792T)	211,00
54	Rak piersi - genetyczna predyspozycja, CYP1B1 (C142G, G355T, G4326C)	211,00
55	Rak piersi/lub jajnika - genetyczna predyspozycja, BRCA1 5382insC, 4153delA, C61G	258,00
56	Rak piersi/lub jajnika - genetyczna predyspozycja, BRCA1 3819del5	258,00
57	Rdzeniowy zanik mięśni SMA - nosicielstwo heterozygotycznej delekcji w obrębie genu SMN1	616,00
58	Rdzeniowy zanik mięśni SMA (badanie homozygotycznej delekcji eksonu 7 i 8)	523,00
59	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
60	Wrodzony przerost nadnerczy	963,00
61	Wrodzona hipoplazja nadnerczy - analiza sekwencji kodującej genu DAX1 (NROB1)	962,00
62	Smith - Lemli - Opitz, zespół Smitha i Opitza (DHCR7 - cały gen)	1 192,00
63	Zespół Beckwitha-Wiedemanna, BWS (locus 11p15 - badanie MLPA zależne od metylacji)	1 077,00



**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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
64	Zespół hipoplazji lewego serca HLHS - badany gen GJA1 (Cx43)	419,00
65	Określenie płci (X, Y), wymaz z policzka - metodą OF - PCR	454,00
66	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
67	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
68	Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae - Real time PCR (wymaz z szyjki macicy/pochwy oraz mocz) - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	211,00
69	Rzeżączka (Neisseria gonorrhoeae) - Real time PCR - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	199,00
70	Parvovirus B19	211,00
71	Kiła (Trepanoma pallidum) - PCR - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	258,00
72	Wirus opryszczki - HSV1 i HSV2 (Herpes simplex virus) - PCR - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	235,00
73	Wirus cytomegalii (HCMV) - PCR (mocz, krew, płyn mózgowo rdzeniowy, pokarm matki) - w badaniu nie uwzględniono pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego	153,00
74	Wirus opryszczki (HSV I/II) - PCR - w badaniu nie uwzględniono pobrania materiału, wymazówki dostępne w Punkcie Pobrań	188,00
75	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: 000002866

Obowiązuje od
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
BADANIA MIKROBIOLOGICZNE		

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 [wynik ujemny]		
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 pochwowy, 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 pochwowy, 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, beztlenowce, mykoplazmy urogenitalne, rzęśistek pochwowy, 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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

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
POBRANIA NA POSIEW		
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
IDENTYFIKACJE		
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



**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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
ANTYBIOGRAMY		
8	Dla gronkowców	36,00
9	Dla pałeczeki 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
IZOLACJA NA PODŁOŻACH		
19	Columbia agar + 5% krwi bar.	14,00
TESTY LATEKSOWE		
20	Slidex Staph kit [różnicowanie gronkowców złocistych i koagulazo - ujemnych]	8,00
21	Slidex Strepto kit [podział paciorkowców na grupy serologiczne]	36,00
22	Slidex Pneumo kit [identyfikacja Streptococcus pneumoniae]	17,00
23	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)	83,00
INNE BADANIA MIKROBIOLOGICZNE		
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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
SZKOŁA RODZENIA		
1	"Szkoła Rodzenia" - pełny wymiar zajęć	550,00
2	Uczestnictwo w niepełnym wymiarze zajęć "Szkoły Rodzenia"	375,00
OSOBA TOWARZYSZĄCA NA ODDZIALE PORODOWYM		
1	Opłata za koszty poniesione przez Szpital na rzecz osoby towarzyszącej pacjentce na Oddziale Porodowym w trakcie i po porodzie: - poród siłami natury - poród siłami natury zakończony cięciem cesarskim	50,00
2	Opłata za koszty poniesione przez Szpital na rzecz osoby towarzyszącej pacjentce w Sali Poporodowej po planowym cięciu cesarskim wykonanym na Bloku Operacyjnym	30,00
Od uczestników kursu "Szkoły Rodzenia" nie pobieramy opłaty za pobyt osoby towarzyszącej w trakcie porodu w naszym szpitalu.		
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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
BADANIA USG		
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 przeziemiączkowe	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
BADANIA EKG		
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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
BADANIA W PRACOWNI RTG		
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 siedła 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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

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	Badanie HSG (Podana cena obejmuje wyłącznie badanie HSG. Przyjęcie do szpitala i wypis, pobyt, leki, badanie ginekologiczne i USG itp. są wyceniane osobno po zakończeniu hospitalizacji Pacjenta.)	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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
BADANIA DENSYTOMETRYCZNE		
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
BADANIA URODYNAMICZNE		
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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
BADANIA ANDROLOGICZNE		
1	Ocena seminologiczna nasienia	150,00
2	Komputerowa ocena nasienia	160,00
3	Przygotowanie nasienia męża do AIH	200,00
4	Przygotowanie nasienia dawcy do AID	200,00
5	Selekcja nasienia (w tym fenotypowanie)	200,00
6	Rozmrożenie nasienia + analiza seminologiczna	300,00
7	Preparatyka nasienia Partnera do In Vitro	420,00
8	Preparatyka nasienia Dawcy do In Vitro	500,00
9	Przechowywanie zamrożonego nasienia (1 rok)	420,00 / rok
10	Przechowywanie nasienia dla pacjentów przed planowaną radio- i chemioterapią	220,00 / rok
11	Przechowywanie nasienia dla pacjentów na <u>kolejny rok</u>	350,00 / rok
12	Test penetracji plemników	80,00
13	Test hypoosmotyczny	80,00
14	MAR BEZPOŚREDNI Test mieszanej reakcji antyglobulinowej	110,00
15	MAR POŚREDNI Test mieszanej reakcji antyglobulinowej	100,00
16	Fragmentacja DNA plemników (chromatyny plemnikowej)	280,00
17	Test HBA - ocena dojrzałości plemników test z hialuronianem	250,00
18	Rozmaz barwiony metodą Papanicolau	70,00
19	Test do oceny stresu oksydacyjnego plemników (OXI-SPERM)	200,00
20	Magnetyczne sortowanie plemników (seperacja)	1 000,00



**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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
PRACOWNIA PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY		
OZNACZENIA		
1	Cytologia ginekologiczna	20,00
2	Test CINtec PLUS p16/Ki-67 (ocena koekspresji białek p16 i Ki-67 w rozmazach cytologicznych z szyjki macicy)	200,00
3	Test HPV - DNA (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
POBRANIE MATERIAŁU DO BADAŃ		
1	Pobranie wymazu z szyjki macicy na badanie cytologiczne	25,00
BADANIA POJEDYŃCZE W PORADNI PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY		
1	Badanie ginekologiczne	70,00
2	Kolposkopia [Kolposkopowe badanie szyjki macicy]	80,00
3	Rozszerzenie kanału szyjki macicy + Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + Badanie histopatologiczne	285,00
BADANIA ZŁOŻONE W PORADNI PATOFIZJOLOGII SZYJKI MACICY		
1	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia	95,00
2	Kolposkopia + Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + Badanie histopatologiczne	324,00
3	Badanie ginekologiczne + Pobranie wymazu cytologicznego	90,00
4	Badanie ginekologiczne + Pobranie wymazu na wykrywanie DNA wirusa HPV	85,00
5	Kolposkopia + Pobranie wymazu cytologicznego	100,00
6	Kolposkopia + Pobranie wymazu na wykrywanie DNA wirusa HPV	95,00
7	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Pobranie wymazu cytologicznego	130,00
8	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Pobranie wymazu na wykrywanie DNA wirusa HPV	125,00
9	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + Bad. histopatologiczne + Skrobanie kanału szyjki macicy + Pobranie wymazu cytologicznego	405,00
10	Badanie ginekologiczne + Kolposkopia + Wycinki z szyjki macicy [biopsja skrawkowa] + Badanie histopatologiczne + Skrobanie kanału szyjki macicy + Pobranie wymazu na wykrywanie DNA 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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
ZABIEGI W CENTRUM DIAGNOSTYKI I LECZENIA NIEPŁODNOŚCI		
1	Ocena andrologiczna i seminologiczna oraz kwalifikacja partnera męskiego do dawstwa partnerskiego bezpośredniego (AIH) :	450,00
	- przyjęcie i kwalifikacja pacjenta	100,00
	- ocena seminologiczna nasienia	150,00
	- przygotowanie nasienia męża do AIH	200,00
2	Ocena andrologiczna i seminologiczna oraz kwalifikacja partnera męskiego do dawstwa niepartnerskiego pośredniego (AID) :	850,00
	- przyjęcie i kwalifikacja biorcy	150,00
	- selekcja nasienia (w tym fenotypowanie)	200,00
	- rozmrożenie nasienia + analiza seminologiczna	300,00
	- przygotowanie nasienia dawcy do AID	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: 000002866

Obowiązuje od
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
ZABIEGI W CENTRUM DIAGNOSTYKI I LECZENIA NIEPŁODNOŚCI		
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.		
1	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego IN VITRO	7 510,00
2	Procedura zapłodnienia pozaustrojowego - IN VITRO - z wykorzystaniem żeńskich komórek rozrodczych od anonimowej dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie)	9 747,00
3	Procedura adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie)	3 972,00
4	Zapłodnienie pozaustrojowe IN VITRO bez transferu	6 451,00
5	Zapłodnienie pozaustrojowe rozmrożonych oocytów	6 258,00
6	Przygotowanie nasienia dawcy do IN VITRO	500,00
7	Mrożenie zarodków	1 084,00
8	Mrożenie oocytów na prośbę pacjentki	1 084,00
9	Przechowywanie zamrożonych zarodków [każdy rok]	400,00
10	Przechowywanie oocytów (każdy rok)	400,00
11	Transfer rozmrożonych zarodków [každorazowo] - dla pacjentek, które nie brały udziału w programie Ministerstwa Zdrowia	1 672,00
12	Transfer zarodków - dla pacjentek, które nie brały udziału w programie Ministerstwa Zdrowia	1 059,00
13	Zwrot za niewykonany transfer - dla pacjentek, które nie brały udziału w programie Ministerstwa Zdrowia	1 059,00
14	Przygotowanie i monitorowanie cyklu do transferu rozmrożonych zarodków - dla pacjentek, które brały udział w programie Ministerstwa Zdrowia - cena obowiązuje od 01.07.2016	1 230,00
15	Transfer rozmrożonych zarodków [každorazowo] - dla pacjentek, które brały udział w programie Ministerstwa Zdrowia	procedura bezpłatna
16	Przechowywanie zamrożonych zarodków - do 31.12.2017 - dla pacjentek, które brały udział w programie Ministerstwa Zdrowia	600,00
17	Przechowywanie zamrożonych zarodków - do 31.12.2018 - dla pacjentek, które brały udział w programie Ministerstwa Zdrowia	900,00
18	Przechowywanie zamrożonych zarodków - do 31.12.2019 - dla pacjentek, które brały udział w programie Ministerstwa Zdrowia	1 100,00
19	Zabieg mikroekstrakcji tkanki jądra (Micro-TESE)	3 950,00



**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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
USŁUGI LEKARZA MEDYCZYNY PRACY		
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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
USŁUGI NIEMEDYCZNE		
1	Sporządzanie kopii dokumentacji medycznej - 1 strona	0,32
2	Sporządzanie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - 1 strona	9,04
3	Udostępnianie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych	1,81
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 niemedycey - 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



**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
01.10.2018 r.

CENNIK ODPLATNYCH BADAŃ I USŁUG MEDYCZNYCH DLA PACJENTÓW UBEZPIECZONYCH

Lp.	NAZWA USŁUGI	Cena
HOTELIK - cena za dobę		
1	Pokój jednoosobowy	125,00
2	Pokój dwuosobowy	200,00
3	Miejsce w pokoju dwuosobowym	100,00
4	Dostawka (w pokoju jednoosobowym lub dwuosobowym)	50,00
5	Pacjentki/Pacjenci poddający się zabiegom AIH, AID, IVF, Micro-TESE	80,00
6	Matki karmiące:	
	- pobyt powyżej 7 dni (w pokoju dwuosobowym)	35,00
	- 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.