

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
1	1,25 DIHYDROKSY D3	177,20
2	17-OH-PROGESTERON	35,50
3	ACE (ENZYM KONWERT.ANGIOT.-AKT)	121,80
4	ACTH	77,50
5	AKTYWNOŚĆ CZYNNIKA VON WILLEBRANDA	155,00
6	ALBUMINA	2,70
7	ALBUMINY WYDALANIE	22,20
8	ALBUMINY W PMR	11,10
9	ALDOSTERON	55,40
10	ALFA1-ANTYTRYPSYNA	17,80
11	ALFA1-ANTYTRYPSYNA W KALE	110,70
12	ALFA-FETOPROTEINA (AFP)	13,30
13	ALKOHOL ETYLOWY	11,10
14	ALKOHOL GLIKOLOWY	243,60
15	ALKOHOL METYLOWY	243,60
16	AMFETAMINA W MOCZU	22,20
17	AMH ANTY MULLER HORMON	110,70
18	AMIKACYNA (BIODACYNA)	155,00
19	AMINOFILINA (TEOFILINA)	199,30
20	AMINOTRANSFERAZA ALANINOWA (ALT)	1,80
21	AMINOTRANSFERAZA ASPARAGINOWA (AST)	1,80
22	AMONIAK	13,30
23	AMYLAZA W MOCZU	4,00
24	AMYLAZA W SUROWICY	6,70
25	ANA PROFIL 1	177,20
26	ANA PROFIL 3	194,90
27	ANA-3 IMMUNOBLOTTING	194,90
28	ANA-HEP-2	84,20
29	ANDROSTENDION	26,60
30	ANTY - XA	265,70
31	ANTY HBC	17,80
32	ANTY HBE	31,00
33	ANTY HCV	13,30
34	ANTYBIOGRAM GRUŻLICA	453,90
35	ANTYGEN ROTA / ADENOWIRUSÓW W KALE	33,30
36	ANTYGEN CZYNNIKA VON WILLEBRANDA	132,90
37	ANTYGEN GALAKTOMANNANOWY ASPERGILLUS SP.	55,40
38	ANTYGEN GIARDIA INTESTINALIS W KALE	20,00

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
39	ANTYGEN HBS	8,90
40	ANTYGEN HBS - TEST POTWIERDZENIA	57,60
41	ANTYGEN KARCINOEMBRIONALNY (CEA)	13,30
42	ANTYGEN MANNANOWY CANDIDA SP.	39,90
43	ANTYGEN SPECYFICZNY (PSA)	13,30
44	ANTYGENY ROZPUSZCZALNE - PMR, KREW	77,50
45	ANTY-HAV IGM	77,50
46	ANTY-HBC IGM	22,20
47	ANTYKOAGULANT TOCZNIA DRVVT	33,30
48	ANTYKOAGULANT TOCZNIA DRVVT TEST POTWIERDZENIA	44,30
49	ANTYTROMBINA	17,80
50	APCR	132,90
51	APO B	77,50
52	ASO	10,70
53	ASPERG.-GALAKTOM. (T.PLATELIA)	55,40
54	AZOT MOCZNIKA (BUN)	1,60
55	BADANIE BEZPOŚREDNIE NA KRĘTKI - WYMAZ Z WRZODU TWARDEGO - treponema pallidum	6,70
56	BADANIE GENETYCZNE W KIERUNKU ZESPOŁU GILBERTA	387,50
57	BADANIE KRWI METODĄ TANDEM	465,00
58	BADANIE KWALFIKUJĄCE DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD	17,80
59	BADANIE MATERIAŁU W KIERUNKU MYCOPLASMA HOMINIS / UREAPLASMA SP. (DROGI RODNE U KOBIETY, CEWKA MOCZOWA I MOCZ U MĘŻCZYZN)	84,20
60	BADANIE MIKROBIOLOGICZNE KRWI NA BEZTLENOWCE	31,00
61	BADANIE MIKROBIOLOGICZNE KRWI NA BEZTLENOWCE - DODATNI	44,30
62	BADANIE MIKROBIOLOGICZNE PLWOCINY + PREPARAT BEZPOŚREDNI (OCENA PREPARATU, POSIEW, ANTYBIOGRAM)	17,80
63	BADANIE MIKROBIOLOGICZNE PLWOCINY + PREPARAT BEZPOŚREDNI - DODATNI	39,90
64	BADANIE MIKROBIOLOGICZNE PŁYNU Z JAM CIAŁA (BEZTLENOWO I TLENOWO)	31,00
65	BADANIE MIKROBIOLOGICZNE PŁYNU Z JAM CIAŁA (BEZTLENOWO I TLENOWO)-DODATNI	44,30
66	BADANIE MIKROBIOLOGICZNE PŁYNU Z JAMY CIAŁA + PREPARAT BEZPOŚREDNI (TLENOWO I BEZTLENOWO)- DODATNI	44,30
67	BADANIE MIKROBIOLOGICZNE KRWI - DODATNI	44,30
68	BADANIE MOCZU METODĄ PASKOWĄ I OCENA OBRAZU OSADU (PO ODWIROWANIU)	3,40
69	BADANIE MYKOLOGICZNE BŁON ŚLUZOWYCH	15,50
70	BADANIE MYKOLOGICZNE SKÓRY - DODATNI (DROŹDZAKI I DERMATOFITY) Z OCENĄ PREPARATU BEZPOŚREDNIEGO	121,80
71	BADANIE NA NOSICIELSTWO MRSA (91.821/831) (NOS LUB/I ODBYT)	17,80
72	BADANIE OGÓLNE PŁYNU STAWOWEGO	6,70
73	BADANIE PCR W KIERUNKU GRUŹLICY	442,80

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
 tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
74	BADANIE PŁYNU Z JAM CIAŁA - BADANIE OGÓLNE Z PREPARATEM	11,10
75	BADANIE POPŁUCZYN PĘCHERZYK-OSKRZEL. BAL (JAKOŚCIOWO I ILOŚCIOWO) - DODATNI	39,90
76	BADANIE POPŁUCZYN PĘCHERZYKOWO OSKRZELIKOWYCH BAL (JAKOŚCIOWO I ILOŚCIOWO)	17,80
77	BADANIE PRZEGLĄDOWE ALLOPRZECIWCIAŁ	17,80
78	BADANIE W KIERUNKU DERMATOFITÓW	33,30
79	BADANIE W KIERUNKU GRUŹLICY METODĄ POSIEWU NA PODŁOŻA STAŁE	77,50
80	BADANIE W KIERUNKU JAJ OWSIKA	11,10
81	BADANIE W KIERUNKU MYCOPLASMA/UREAPLASMA (KANAŁ SZYJKI MACICY U KOBIETY, CEWKA MOCZOWA U MĘŻCZYZNY)	84,20
82	BADANIE W KIERUNKU NOROWIRUSÓW W KALE	99,70
83	BADANIE W KIERUNKU WIRUSA GRYPY - PCR	442,80
84	BADANIE W KIERUNKU WIRUSA GRYPY - PRZESIEWOWY	88,60
85	BADANIE WYMAZU Z KANAŁU SŁUCHOWEGO	17,80
86	BADANIE WYMAZU Z KANAŁU SŁUCHOWEGO - DODATNI	39,90
87	BADANIE WYMAZU Z KANAŁU SŁUCHOWEGO NOWORODKA (91.821/831)	17,80
88	BADANIE WYMAZU ZE ZMIAN SKÓRNYCH	17,80
89	BADANIE WYMAZU ZE ZMIAN SKÓRNYCH - DODATNI	39,90
90	BARBITURANY MOCZ ILOŚĆ	22,20
91	BARBITURANY SUROWICY ILOŚCIOWO	22,20
92	BCR-ABL ILOŚCIOWO (WYMAGANA STANDARYZACJA INTERNATIONAL SCALE)	1 062,80
93	BCR-ABL JAKOŚCIOWO	332,10
94	BENZODIAZEPINA W MOCZU	55,40
95	BENZODIAZEPINY ILOŚĆ MOCZ	55,40
96	BENZODIAZEPINY SUR ILOŚĆ	13,30
97	BETA HCG	13,30
98	BETA-2-MIKROGLOBULINA	35,50
99	BEZPOŚREDNI TEST ANTYGLOBULINOWY (BTA)	20,00
100	BIAŁKO BENCE-JONESA MET. IMMUNOFIKSACJI	110,70
101	BIAŁKO C	70,90
102	BIAŁKO CAŁKOWITE	1,80
103	BIAŁKO S	148,40
104	BIAŁKO S - WOLNE	354,30
105	BIAŁKO W MOCZU	15,50
106	BILIRUBINA BEZPOŚREDNIA	1,80
107	BILIRUBINA CAŁKOWITA	1,80
108	BILIRUBINA FRAKCJE	3,60
109	BILIRUBINA POŚREDNIA	3,60
110	BIOCENOZA POCHWY - CZYSTOŚĆ, PREPARAT	11,10

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
111	BNP	51,00
112	BORDETELLA PERTUSIS IGM	35,50
113	C3 DOPEŁNIACZA	22,20
114	C4 DOPEŁNIACZA	22,20
115	CAMPYLOBACTER-ANTYGENY	121,80
116	CERULOPLAZMINA	17,80
117	CHLAMYDIA PNEUMONIAE IG A	28,80
118	CHLAMYDIA PNEUMONIAE IG G	33,30
119	CHLAMYDIA PNEUMONIAE IG M	33,30
120	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IG G	33,30
121	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTYPGEN - Z WYMAZU MET. IMMUNOCHROMATOGRAFICZNĄ (S69) (KANAŁ SZYJKI MACICY U KOBIETY, CEWKA MOCZOWA I MOCZ U MĘŻCZYNY)	55,40
122	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IG A	31,00
123	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IG M	33,30
124	CHLAMYDIA TRACHOMATIS-MOCZ	55,40
125	CHLORKI	2,00
126	CHLORKI- RKZ	2,00
127	CHLORKI W KALE	8,90
128	CHLORKI W MOCZU	4,50
129	CHOLESTEROL CAŁKOWITY	1,80
130	CHOLESTEROL HDL	3,80
131	CHOLESTEROL LDL (MET. BEZPOŚREDNIA)	6,70
132	CHOLESTEROL LDL (WYLICZANY)	0,10
133	CHOROBA KOCIEGO PAZURA- IGG	55,40
134	CHOROBA KOCIEGO PAZURA- IGM	55,40
135	CHROMOGRANINA A	155,00
136	CK (KINAZA KREATYNOWA)	2,50
137	CKMB AKTYWNOŚĆ	5,60
138	CK-MB MASS	15,50
139	CL.BOTULINUM +TOKSYNA	885,60
140	CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ANTYPGEN GDH I TOKSYNY A I B)	88,60
141	CLOSTRIDIUM DIFFICILE POSIEW	26,60
142	CMV AWIDNOŚĆ	66,50
143	CMV BIAŁKO PP65	287,90
144	CMV DNA ILOŚCIOWO	332,10
145	CMV DNA JAKOŚCIOWO	199,30
146	CMV G	20,00
147	CMV M	20,00
148	COXACKIE IGM	210,40

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
149	COXSACKIE IGG- PMR	243,60
150	CRP	5,60
151	CYKLOSPORYNA	66,50
152	CYNK W SUROWICY	77,50
153	CYSTATYNA C	93,00
154	CYTOCHEMIA ESTERAZA PODWÓJNA	66,50
155	CYTOCHEMIA POX	66,50
156	CYTOGENETYKA SZPIKU - (kariotyp komórek szpiku) - metoda analizy chromosomów GTW	1 439,10
157	CZAS KAOLINOWO-KEFALINOWY (APTT)	4,50
158	CZAS OKLUZJI	376,40
159	CZAS PROTROMBINOWY (PT), INR, WSKAŹNIK PROTROMBINOWY	3,00
160	CZAS TROMBINOWY	6,60
161	CZYNNIK IX	55,40
162	CZYNNIK KRZEP XII	55,40
163	CZYNNIK REUMATOIDALNY (ILOŚCIOWO)	10,70
164	CZYNNIK VIII	77,50
165	CZYNNIK X	55,40
166	CZYNNIK XI	55,40
167	D1 DERMAT.PTERONYSSINUS	33,30
168	D-DIMERY	26,60
169	DEHYDROGENAZA MLECZANOWA (LDH)	1,80
170	DERMATOPHAGOIDES FARINAE D2	33,30
171	DHEA	44,30
172	DHEA-S	22,20
173	DIAGNOSTYKA PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH DO NOWOTWORU PIERSI I JAJNIKÓW (BRCA1-6 MUTACJI)	199,30
174	DIAGNOSTYKA PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH DO NOWOTWORU PIERSI I JAJNIKÓW (BRCA1-6 MUTACJI) + (BRCA2-2 MUTACJE)	354,30
175	DIAGNOSTYKA PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH DO NOWOTWORU PIERSI I JAJNIKÓW BRCA2	199,30
176	DIAGNOSTYKA PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH DO ZAKRZEPICY - TROMBOFILIA PROAKCELERYNOWA - GEN MUTACJA LEIDEN (CZYNNIK V)	155,00
177	DIAGNOSTYKA PREDYSPOZYCJI GENETYCZNYCH DO ZESZTYWNIĄJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (I INNYCH SPONDYLOARTROPATII) - HLA-B27	132,90
178	DIGOKSYNA	39,90
179	DIHYDROTESTOSTERON	354,30
180	DOPEŁNIACZ, C1Q	132,90
181	DS. DNA	28,80
182	E1 SIERŚĆ KOTA	33,30
183	E6 ŚWINKA MORSKA	33,30
184	EBV DNA JAKOŚCIOWO	199,30

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
185	ECSTASY	22,20
186	ELASTAZA W KALE	97,50
187	ELEKTROFOREZA BIAŁEK W PMR	26,60
188	ELEKTROFOREZA BIAŁEK-MOCZ	26,60
189	ENTEROWIRUS IGG- PMR	148,40
190	ERYTROBLASTY	3,10
191	ERYTROPOETYNA	55,40
192	ESTERAZA NIESWOISTA	310,00
193	ESTRADIOL	13,30
194	F1 BIAŁKO JAJA	33,30
195	F2 MLEKO KROWIE	33,30
196	F202 ORZECH NERKOWCA	33,30
197	F210 ANANAS	48,80
198	F245 JAJKO CAŁE	48,80
199	F25 POMIDOR	33,30
200	F3 RYBA DORSZOWATA	33,30
201	F31 MARCHEW	33,30
202	F35 ZIEMNIAK	48,80
203	F4 PSZENICA	33,30
204	F44 TRUSKAWKA	33,30
205	F49 JABŁKO	33,30
206	F5 ŻYTO	33,30
207	F75 ŻÓŁTKO JAJA	33,30
208	F76 ALFA-LAKTOALBUMINA	33,30
209	F77 BETA LAKTOGLOBULINA	33,30
210	F78 KAZEINA	33,30
211	F85 SELER	33,30
212	FENCYKLIDYNA	22,20
213	FENYTOINA	51,00
214	FERRYTYNA	11,10
215	FIBRYNOGEN	11,10
216	FOLIKULOTROPOWY (FSH)	13,30
217	FOSFATAZA ALKALICZNA ALP	1,80
218	FOSFATAZA ALKALICZNA GRANULOCYTÓW - FAG	44,30
219	FOSFATAZA ALKALICZNA-IZOENZYMY	265,70
220	FOSFATAZA KWAŚNA ACP	15,50
221	FOSFOR NIEORGANICZNY (PI)	2,30
222	FOSFORANY MOCZ	2,90

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
223	FRUKTOZAMINA	6,70
224	FTA (ILOŚCIOWO)	20,00
225	FTA (JAKOŚCIOWO)	22,20
226	FX 1 MIESZANKA ORZECHÓW	48,80
227	FX 231 MLEKO KROWIE GOTOWANE	48,80
228	FX92 CYTRUSY MIX	53,20
229	GAMMAGLUTAMYLOTRANSPEPTYDAZA (GGTP)	1,80
230	GASTRYNA	199,30
231	GENETYCZNA DIAGNOSTYKA CELIAKII - IDENTYFIKACJA HAPLOTYPÓW HLA DQ2 I DQ8	265,70
232	GENETYCZNA DIAGNOSTYKA CHOROBY WILSONA - ANALIZA CAŁEGO REGIONU KODUJĄCEGO GENU ATP7B	332,10
233	GENTAMYCYNA (ILOŚĆ)	155,00
234	GLUKOZA	1,40
235	GLUKOZA- KREW WŁOŚNICZKOWA	2,30
236	GLUKOZA PO POSIŁKU	1,40
237	GLUKOZA W MOCZU	2,30
238	GRUPA KRWI ABO, RH	28,80
239	GX2 MIESZANKA TRAW	48,80
240	HAPTOGLOBINA	15,50
241	HBV DNA ILOŚCIOWO	199,30
242	HBV DNA JAKOŚCIOWO	144,00
243	HCV RNA ILOŚCIOWO	155,00
244	HCV RNA JAKOŚCIOWO	144,00
245	HCV-TEST POTWIERDZENIA RIBA	442,80
246	HE4	199,30
247	HELICOBACTER PYLORI - ANTYGEN W KALE	62,00
248	HEMOCHROMATOZA BAD.GENET.	310,00
249	HEMOGLOBINA GLIKOWANA HBA1C	11,10
250	HEMOGLOBINA W MOCZU	2,30
251	HIV - ANTYGEN/PRZECIWCIAŁA	17,80
252	HOMOCYSTEINA (HOMOCYST-A)	44,30
253	HORMON WZROSTU	55,40
254	HSV 1/2 IGM-PMR	31,00
255	HSV I/II DNA	132,90
256	HSV I/II DNA W PŁYNIE MÓZGOWO-RDZENIOWYM	132,90
257	HSV IGM	33,30
258	HSV TYP I DNA- PMR, WYMAZ	132,90
259	HSV TYP II DNA-PMR, WYMAZ	132,90
260	HSV-1/2 IGG	28,80

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
261	IDENTYFIKACJA ALLOPRZECIWCIAŁ ODPORNOŚCIOWYCH I GRUPA KRWI - KONSULTACJA RCKIK	553,50
262	IDENTYFIKACJA PRĄTKÓW GRUŻLICY	144,00
263	IDENTYFIKACJA PRĄTKA GRUŻLICY (MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS) - manulana/automatyczna	144,00
264	IGA	11,10
265	IGD	11,10
266	IGE CAŁKOWITE	13,30
267	IGF1-SOMATOMEDYNA	55,40
268	IGG	11,10
269	IGG W PMR	11,10
270	IGG4	124,00
271	IGM	11,10
272	IMMUNOFENOTYPYZACJA SZPIKU LUB KRWI OBWODOWEJ	321,10
273	IMMUNOFIKSACJA W MOCZU	110,70
274	IMMUNOFIKSACJA W SUROWICY	110,70
275	INHIBINA B	199,30
276	INHIBITOR C1 – ESTERAZY (AKTYWNOŚĆ)	188,20
277	INSULINA	24,40
278	JONOGRAM/ELEKTROLITY - STĘŻENIE W SUROWICY JONÓW: SODU - Na+, POTASU - K+, JONU CHLORKOWEGO - CL-	4,70
279	K82 LATEKS	33,30
280	KALCYTONINA	66,50
281	KALPROTEKTYNA	132,90
282	KAŁ - POSIEW - DODATNI	39,90
283	KAŁ - POSIEW OGÓLNY	17,80
284	KAŁ - POSIEW U DZIECI DO 2 LAT	17,80
285	KAŁ - POSIEW U DZIECI DO 2 LAT - DODATNI	39,90
286	KAŁ - POSIEW W KIERUNKU CAMPYLOBACTER SP.	22,20
287	KAŁ - POSIEW W KIERUNKU E. COLI ENTEROPATOGENNEJ	33,30
288	KAŁ - POSIEW W KIERUNKU E. COLI ENTEROPATOGENNEJ - DODATNI	55,40
289	KAŁ - POSIEW W KIERUNKU SALMONELLA-SHIGELLA	17,80
290	KAŁ - POSIEW W KIERUNKU SALMONELLA-SHIGELLA - DODATNI	39,90
291	KAŁ BADANIE OGÓLNE	6,20
292	KAMIENIE NERKOWE - BADANIE SKŁADU	166,10
293	KARBAMAZEPINA (AMIZEPINA)	35,50
294	KARBOKSYHEMOGLOBINA	13,30
295	KATECHOLAMINY W MOCZU	132,90
296	KATECHOLAMINY WE KRWI	265,70
297	KLIRENS KREATYNINY	2,70

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
298	KOMÓRKI LE	22,20
299	KOMPLEKSY IMMUNOLOG.C1 Q	132,90
300	KOMPLEKSY IMMUNOLOG.C3D	146,20
301	KORTYZOL	20,00
302	KORTYZOL W MOCZU DOBOWYM	110,70
303	KREATYNINA W MOCZU	2,00
304	KREATYNINA W SUROWICY	1,60
305	KREW OBWODOWA-CYTOLOGIA (Z BADANYM SZPIKIEM)	121,80
306	KREW UTAJONA W KALE	8,90
307	KRZYWA ŻELAZOWA - 3-PUNKTOWA	6,00
308	KRZYWA ŻELAZOWA - 4-PUNKTOWA	8,00
309	KWAS 5-OH-INDOLOOCTOWY	110,70
310	KWAS DELTA-AMINOLEWULINOWY ALA	77,50
311	KWAS FOLIOWY	17,80
312	KWAS MLEKOWY	6,70
313	KWAS MOCZOWY	1,80
314	KWAS MOCZOWY W MOCZU	4,30
315	KWAS WALPROINOWY	35,50
316	KWAS WANILINOMIGDAŁOWY VMA	128,50
317	KWASY ORGANICZNE METODĄ GC/MS	553,50
318	KWASY TŁUSZCZOWE (C22-C26)	376,40
319	KWASY TŁUSZCZOWE BARDZO DŁUGOŁAŃCUCHOWE	597,80
320	KWASY ŻÓŁCIOWE	110,70
321	LAMBLIA GIARDIA W KALE	20,00
322	LEKOWRAZLIWOŚĆ PRĄTKÓW GRUŻLICY	453,90
323	LH	15,50
324	LIPAZA W SUROWICY	2,90
325	LIT	55,40
326	L-KARNITYNA	376,40
327	ŁAŃCUCZY KAPPA/LAMBDA WOLNE W MOCZU	106,30
328	ŁAŃCUCZY KAPPA/LAMBDA WOLNE W SUROWICY	106,30
329	M2 CLADOSPORIUM HERBARUM	33,30
330	M6 ALTERNARIA ALTERNATA	33,30
331	MAGNEZ	1,80
332	MAGNEZ W MOCZU	2,30
333	MAKROPROLAKTYNA	177,20
334	MARIHUANA	28,80
335	MARKER NOWOTWOROWY (CA 72-4)	17,80

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
336	MARKER NOWOTWOROWY (CA-125)	13,50
337	MARKER NOWOTWOROWY (CA15-3)	15,50
338	MARKER NOWOTWOROWY (CA19-9)	15,50
339	METADON	24,40
340	METAMFETAMINA	22,20
341	METHEMOGLOBINA (KP)	13,30
342	METOKSYKATECHOLAMINY W MOCZU	199,30
343	METOKSYKATECHOLAMINY W OSOCZU	199,30
344	METYLOTRANSFERAZA TIOPURYNOWA	376,40
345	MIEDŹ W MOCZU	44,30
346	MIEDŹ W SUROWICY	44,30
347	MIOGLOBINA W MOCZU	31,00
348	MIOGLOBINA W SUROWICY	31,00
349	MLECZANY	8,00
350	MLEKO KROWIE GOTOWANE F169	48,80
351	MOCZNIK	1,60
352	MOCZNIK W MOCZU	3,40
353	MONONUKLEOZA ZAKAŻNA SZYBKIEGO TESTU	22,20
354	MORFOLOGIA 5 DIFF + WERYFIKACJA ILOŚCI PŁYTEK (EDTA + CYTRYNIAN)	8,90
355	MORFOLOGIA 5DIFF Z ROZMAZEM	3,40
356	MORFOLOGIA KRWI Z RETIKULOCYTAMI	4,50
357	MTC 0/60/120	39,90
358	MUTACJA JAK-2	310,00
359	MUTACJA CARL EXON9	553,50
360	MUTACJA GENU PROTROMBINY	155,00
361	MUTACJA HFE	310,00
362	MUTACJA MPL EXON 10	553,50
363	MUTACJA MTHFR	398,60
364	MYKOGRAM	22,20
365	NIETOLERANCJA LAKTOZY - METODA REDUKCYJNA	5,40
366	NSE- NEUROSPECYFICZNA ENOLAZA	55,40
367	NUŻENIEC - OCENA PREPARATU BEZPOŚREDNIEGO	15,50
368	OCENA MIKROSKOPOWA SZPIKU	110,70
369	ODCZYNNY BIERNACKIEGO (OB)	2,30
370	ODCZYNNY HEMAGLUTYNACJI KRĘTKÓW TPHA	11,10
371	ODCZYNNY LATEKSOWY	6,70
372	ODCZYNNY TPHA (JAKOŚCIOWO)	11,10
373	ODCZYNNY WAALER-ROSE'GO	6,70

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
374	OPIATY W MOCZU	22,20
375	OPORNOŚĆ OSMOTYCZNA	26,60
376	OSMOLALNOŚĆ MOCZU	44,30
377	OSMOLALNOŚĆ W SUROWICY	39,90
378	P/C HELICOBACTER PYLORI IGA	66,50
379	P/C HELICOBACTER PYLORI IGG	33,30
380	P/C P CAMPYLOBACTER IGA	110,70
381	P/C P CAMPYLOBACTER IGG	110,70
382	P/C P/CZYNNIKOM KRZEPNIĘCIA	155,00
383	P/CIAŁA ANTY SCL 70	99,70
384	P/CIAŁA IGE WOBEC ENTEROTOKSYNY A STAPHYLOCOCCUS AUREUS	66,50
385	P/CIAŁA IGE WOBEC ENTEROTOKSYNY B STAPHYLOCOCCUS AUREUS	66,50
386	P/CIAŁA P B2 GLIKOPROT. I IGA	53,20
387	P/CIAŁA P ENDOMYSIUM EMA IGA	22,20
388	P/CIAŁA P ENDOMYSIUM EMA IGG	22,20
389	P/CIAŁA P GIARDIA LAMBLIA IGM	132,90
390	P/CIAŁA P KINAZIE TYROZYNOWEJ	177,20
391	P/CIAŁA P PNEUMOCISTIS CARINI	150,60
392	P/CIAŁA P/GLIADYNIE IGA	44,30
393	P/CIAŁA P/GLIADYNIE IGG	44,30
394	P/P.BŁONOM PODST. KLĘB.NERKOW.	144,00
395	PANEL ODDECHOWY METODĄ PCR: który zawiera: adenowirusy oddechowe, coronarowirusy, metawirusy, rhinowirusy/enterowirusy, influenzawirus A h1n1, H3, h2 Influenza wirus B, parainfluenza 4 typy, Bordatella pertusis, Mycoplasma pneumoniae, RSV, Chlamydia pneumoniae	996,30
396	PANEL PEDIATRYCZNY POLYCHECK (20 ALERGENÓW - orzech ziemny, mleko, białko jaja, żółtko jaja, ziemniak, marchewka, dorsz, jabłko, soja, mąka pszenna, brzoza brodawkowa, tymotka łąkowa, bylica, D. farinae, D. pteronyssinus, naskórek: psa, kota, konia, Aspergillus fumigatus, Cladosporium herbarum)	132,90
397	PANEL POKARMOWY POLYCHECK (20 ALERGENÓW - orzech laskowy, orzech ziemny, orzech włoski, migdał, mleko, białko jaja, żółtko jaja, kazeina, ziemniak, seler, marchew, pomidor, dorsz, krewetka, brzoskwinia, jabłko, soja, mąka pszenna, sezam, mąka żytnia)	177,20
398	PANEL WZIEWNY POLYCHECK (20 ALERGENÓW - pyłek: brzoza brodawkowata, olcha szara, leszczyna, dąb, tymotka łąkowa, żyto, bylica, babka lancetowata, D.farinae, D. pteronyssinus, naskórek: psa, kota, konia, chomika, świnki morskiej, królika, Aspergillus fumigatus, Cladosporium herbarum, Penicillium notatum, Alternaria alternata)	177,20
399	PARACETAMOL	77,50
400	PARVOVIRUS B-19 IGG	110,70
401	PARVOVIRUS B-19 IGM	110,70
402	PARVOVIRUS B19 DNA JAKOŚCIOWO	243,60
403	PASOŻYTY - IDENTYFIKACJA	5,60
404	PASOŻYTY W KALE - BADANIE POSZERZONE	5,60

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
405	PASOŻYTY/JAJA PASOŻYTÓW W KALE	5,60
406	P-CIAŁA A/GAD ENDOGENNE	88,60
407	P-CIAŁA ANTY -SM (SM-AB)	35,50
408	P-CIAŁA ASCA	55,40
409	P-CIAŁA IGG P/ANTYGENOWI JĄDROWEMU EBV	62,00
410	P-CIAŁA IGG P/ANTYGENOWI KAPSYDOWEMU EBV	121,80
411	P-CIAŁA IGG P/KOMPLEKSOWI HEPARYNA-PF4 JAKOŚCIOWO (TEST HIT)	487,10
412	P-CIAŁA IGM P/ANTYGENOWI KAPSYDOWEMU EBV	121,80
413	P-CIAŁA P / WYSPOM TRZUSTKI	31,00
414	P-CIAŁA P MIELOPEROKSYD. MPO	53,20
415	P-CIAŁA P PROTEINAZIE 3 PR3	55,40
416	P-CIAŁA P.RECEPTOROM TSH	70,90
417	P-CIAŁA P/ EBV-EA IGG	232,50
418	P-CIAŁA P/BARTONELLA HENSELAE IGG	55,40
419	P-CIAŁA P/BARTONELLA HENSELAE IGM	55,40
420	P-CIAŁA P/BARTONELLA SP.	199,30
421	P-CIAŁA P/BĄBLOWCOWE IGG	199,30
422	P-CIAŁA P/BETA2 GLIKOPROTEINIE 1 (IGA, IGG, IGM)	161,70
423	P-CIAŁA P/BETA2 GLIKOPROTEINIE 1 IGG	53,20
424	P-CIAŁA P/BETA2 GLIKOPROTEINIE 1 IGG I IGM	108,50
425	P-CIAŁA P/BETA2 GLIKOPROTEINIE 1 IGM	55,40
426	P-CIAŁA P/BŁONIE PODSTAWNEJ NASKÓRKA (PEMPHIGOID)	84,20
427	P-CIAŁA P/BORRELIA IGG	26,60
428	P-CIAŁA P/BORRELIA IGG I IGM W PŁYNIE MÓZGOWO-RDZENIOWYM	57,60
429	P-CIAŁA P/BORRELIA IGG W PŁYNIE MÓZGOWO-RDZENIOWYM	28,80
430	P-CIAŁA P/BORRELIA IGG, WESTERN-BLOT	110,70
431	P-CIAŁA P/BORRELIA IGM	26,60
432	P-CIAŁA P/BORRELIA IGM W PŁYNIE MÓZGOWO-RDZENIOWYM	28,80
433	P-CIAŁA P/BORRELIA IGM, WESTEN BLOT	110,70
434	P-CIAŁA P/BRUCELLA ABORTUS IGG	121,80
435	P-CIAŁA P/BRUCELLA ABORTUS IGM	121,80
436	P-CIAŁA P/CHLAMYDIA PNEUMONIAE IGA, IGG, IGM	95,30
437	P-CIAŁA P/COXACKIE B	243,60
438	P-CIAŁA P/CYTRULINOWE	35,50
439	P-CIAŁA P/DESMOSOMOM WARSTWY KOLCZYSTEJ (PEMPHIGUS)	84,20
440	P-CIAŁA P/ENDOMYSIUM IGA I IGG (PROFIL)	44,30
441	P-CIAŁA P/FOSFOLIPIDOWE IGG	177,20
442	P-CIAŁA P/FOSFOLIPIDOWE IGM	177,20

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
443	P-CIAŁA P/GLIADYNIE IGA I IGG (IF)	88,60
444	P-CIAŁA P/GRANULOCYTARNE ANCA TYP ŚWIECENIA	15,50
445	P-CIAŁA P/GRANULOCYTARNE CANCA	55,40
446	P-CIAŁA P/GRANULOCYTARNE PANCA	53,20
447	P-CIAŁA P/HBS	15,50
448	P-CIAŁA P/HIV1/HIV2 MET. WESTERN BLOT	354,30
449	P-CIAŁA P/INSULINOWE IAA	177,20
450	P-CIAŁA P/JĄDROWE ANA (ELISA)	55,40
451	P-CIAŁA P/JĄDROWE ANA (IF)	11,10
452	P-CIAŁA P/JĄDROWE I P/CYTOPLAZMATYCZNE (ANA2)	84,20
453	P-CIAŁA P/JEDNONICOWEMU DNA (SSDNA)	101,90
454	P-CIAŁA P/KARDIOLIPINIE (IGA I IGM I IGG)	212,60
455	P-CIAŁA P/KARDIOLIPINIE (IGM I IGG)	79,80
456	P-CIAŁA P/KARDIOLIPINOWE ACA IGA	132,90
457	P-CIAŁA P/KARDIOLIPINOWE ACA IGG	39,90
458	P-CIAŁA P/KARDIOLIPINOWE ACA IGM	39,90
459	P-CIAŁA P/KOMÓRKOM OKŁADZINOWYM ŻOŁĄDKA APCA	66,50
460	P-CIAŁA P/KOMÓRKOM OKŁADZINOWYM ŻOŁĄDKA I CZYNNIKOWI WEWNĘTRZNEMU	66,50
461	P-CIAŁA P/LEGIONELLA PNEUMOPHILA IGG	104,10
462	P-CIAŁA P/LEGIONELLA PNEUMOPHILA IGM	144,00
463	P-CIAŁA P/MIĘŚNIOM GŁADKIM SMA	26,60
464	P-CIAŁA P/MIKROSOMALNE WĄTROBOWO-NERKOWE LKM-1	144,00
465	P-CIAŁA P/MITOCHONDRIALNE AMA	48,80
466	P-CIAŁA P/MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGA	35,50
467	P-CIAŁA P/MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGG	28,80
468	P-CIAŁA P/MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGM	28,80
469	P-CIAŁA P/PEROKSYDAZIE TARCZYCOWEJ TPO	17,80
470	P-CIAŁA P/PŁYTKOWE (METODA ENZYMATYCZNA MAIPA)	487,10
471	P-CIAŁA P/RECEPTOROM ACETYLOCHOLINY	177,20
472	P-CIAŁA P/SS-A/RO	66,50
473	P-CIAŁA P/SS-B/LA	77,50
474	P-CIAŁA P/TKANKOWEJ TRANSGLUTAMINAZIE IGA	31,00
475	P-CIAŁA P/TKANKOWEJ TRANSGLUTAMINAZIE IGG	35,50
476	P-CIAŁA P/TOKSYNIE KRZTUŚCOWEJ BORDETELLA PERTUSSIS IGA	35,50
477	P-CIAŁA P/TOKSYNIE KRZTUŚCOWEJ BORDETELLA PERTUSSIS IGG	35,50
478	P-CIAŁA P/TOXOPLASMA GONDII IGG	15,50
479	P-CIAŁA P/TOXOPLASMA GONDII IGM	15,50
480	P-CIAŁA P/TYREOGLOBULINIE TG	17,80

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
481	P-CIAŁA P/WIRUSOWI OSPY WIETRZNEJ IGG VZV	26,60
482	P-CIAŁA P/WIRUSOWI RÓŻYCZKI IGG	20,00
483	P-CIAŁA P/WIRUSOWI RÓŻYCZKI IGM	20,00
484	P-CIAŁA P/WIRUSOWI ŚWINKI IGG	35,50
485	P-CIAŁA P/WIRUSOWI ŚWINKI IGM	75,30
486	P-CIAŁA P/YERSINIA ENTEROCOLITICA IGA	35,50
487	P-CIAŁA P/YERSINIA ENTEROCOLITICA IGG	35,50
488	P-CIAŁA P/YERSINIA SP. IGM	144,00
489	P-CIAŁA P-CZYNNIKOWI WEW.(AIF)	31,00
490	PCR (KOROUN)	2,80
491	PEPTYD C	35,50
492	PLAZMINOGEN	55,40
493	PLWOCINA-PNEUMOCISTIS CARINI	150,60
494	PŁYN MÓZGOWO - RDZENIOWY - BADANIE OGÓLNE	6,70
495	PŁYTKI KRWI (KREW CYTRYNIANOWA)	2,30
496	PŁYTKI KRWI NA HEPARYNĘ	2,30
497	PMR - MLECZANY	8,00
498	PMR - PRAPARAT BEZPOSREDNI	4,50
499	PMR - TPHA	11,10
500	PMR - VDRL	11,10
501	PMR CMV IGG	44,30
502	PMR POSIEW + IDENTYFKACJA + LEKOWRAZLIWOŚĆ	44,30
503	PMR W-B BORELIA IGG	199,30
504	PMR W-B BORELIA IGM	199,30
505	PMR-CRP	5,60
506	POBRANIE MATERIAŁU BEZ WYKONANIA BADAŃ	4,40
507	POLYOMA-JC-WIRUS DNA	708,50
508	PORFIRYNY - UROPORFIRYNA I KOPROPORFIRYNA	243,60
509	PORFIRYNY CAŁKOWITE	155,00
510	PORFIRYNY-ILOŚCIOWO (PBG,ALA)	155,00
511	PORFOBILINOGEN PBG	77,50
512	POSIEW WYMAZU Z POCHWY BEZTLENOWY	17,80
513	POSIEW ASPIRATU / WYMAZU Z RANY - DODATNI (TLENOWO I BEZTLENOWO)	48,80
514	POSIEW ASPIRATU / WYMAZU Z RANY (TLENOWO I BEZTLENOWO)	17,80
515	POSIEW ASPIRATU / WYMAZU Z ROPNIA - DODATNI (TLENOWO I BEZTLENOWO)	48,80
516	POSIEW ASPIRATU / WYMAZU Z ROPNIA (TLENOWO I BEZTLENOWO)	17,80
517	POSIEW BEZTLENOWY MATERIAŁÓW FARMACEUTYCZNYCH - PŁYN DIALIZACYJNY, MIESZANINA DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO, MATERIAŁY FARMACEUTYCZNE	17,80

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
518	POSIEW BIOMATERIAŁÓW - WYMAZ Z CEWNIKA, DRENU, CEWNIKA NACZYNIOWEGO, RURKI INTUBACYJNEJ, RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ, PROTEZY NACZYNIOWEJ, ENDOPROTEZY, INNE	17,80
519	POSIEW CEWNIKA (METODA MAKI)	17,80
520	POSIEW FRAG. TKANEK/BIOPTATU/PUNKTATU - DODATNI	62,00
521	POSIEW FRAGMENTU TKANEK / BIOPTATU / PUNKTATU	39,90
522	POSIEW ILOŚCIOWY MOCZU	17,80
523	POSIEW ILOŚCIOWY MOCZU - DODATNI	33,30
524	POSIEW KAŁU W KIERUNKU DROŹDŻAKÓW	15,50
525	POSIEW KAŁU W KIERUNKU YERSINIA	17,80
526	POSIEW KAŁU Z OGÓLNAJĄ OCENĄ TLENOWEJ FLORY JELITOWEJ	17,80
527	POSIEW KRWI + PREPARAT BEZPOŚREDNI	35,50
528	POSIEW KRWI W KIERUNKU GRZYBÓW (91.821/831)	31,00
529	POSIEW KRWI W WARUNKACH BEZTLENOWYCH (METODA AUTOMATYCZNA)	31,00
530	POSIEW NASIENIA TLENOWO (91.821/831)	17,80
531	POSIEW NASIENIA Z PREPARATEM	20,00
532	POSIEW PLWOCINY Z PREPARATEM (91.821/831)	17,80
533	POSIEW PŁYNU MÓZGOWO-RDZENIOWEGO - TLENOWO (91.821/831)	31,00
534	POSIEW PŁYNU OWODNIOWEGO	31,00
535	POSIEW PŁYNU STAWOWEGO - DODATNI (TLENOWO I BEZTLENOWO)	44,30
536	POSIEW PŁYNU STAWOWEGO Z PREPARATEM (TLENOWO I BEZTLENOWO)	44,30
537	POSIEW PŁYNU Z JAMY OPŁUCNEJ Z PREPARATEM	31,00
538	POSIEW PŁYNU Z JAMY OTRZEWNEJ Z PREPARATEM	31,00
539	POSIEW POKARMU	17,80
540	POSIEW POPŁUCZYN TCHAWICZYCH	17,80
541	POSIEW ROPY-TLENOWO I BEZTLENOWO (91.821/831)	17,80
542	POSIEW TLENOWY MATERIAŁÓW FARMACEUTYCZNYCH	17,80
543	POSIEW TREŚCI PĘCZERZYKA ŻÓŁCIOWEGO	17,80
544	POSIEW W KIERUNKU GRUŹLICY - METODĄ AUTOMATYCZNAJ	287,90
545	POSIEW W KIERUNKU GRZYBÓW DROŹDŻOPODOBNYCH	15,50
546	POSIEW W KIERUNKU PATOGENÓW ALARMOWYCH Z ODBYTU	15,50
547	POSIEW W KIERUNKU STREPTOCOCCUS AGALACTIAE (GBS) Z POCHWY I ODBYTU U MATKI (91.821/831)	17,80
548	POSIEW WYDZIELIN/TKANEK (TLENOWO I BEZTLENOWO)	39,90
549	POSIEW WYDZIELINY Z DRÓG ODDECHOWYCH	39,90
550	POSIEW WYMAZU - INNE	39,90
551	POSIEW WYMAZU SPOD NAPLETKA	17,80
552	POSIEW WYMAZU SPOD NAPLETKA - DODATNI	39,90
553	POSIEW WYMAZU W KIERUNKU MRSA	17,80
554	POSIEW WYMAZU Z CEWKI MOCZOWEJ	17,80

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
555	POSIEW WYMAZU Z CEWKI MOCZOWEJ - DODATNI	39,90
556	POSIEW WYMAZU Z GARDŁA	17,80
557	POSIEW WYMAZU Z GARDŁA - DODATNI	33,30
558	POSIEW WYMAZU Z JAMY USTNEJ	17,80
559	POSIEW WYMAZU Z JAMY USTNEJ - DODATNI	39,90
560	POSIEW WYMAZU Z MIGDAŁKÓW	17,80
561	POSIEW WYMAZU Z MIGDAŁKÓW - DODATNI	39,90
562	POSIEW WYMAZU Z NOSA - DODATNI	39,90
563	POSIEW WYMAZU Z NOSA - W KIERUNKU MRSA	17,80
564	POSIEW WYMAZU Z ODBYTU DODATNI (ALERT PATOGENÓW)	26,60
565	POSIEW WYMAZU Z ODBYTU W KIERUNKU ENTEROPATOGENNEJ E.COLI (EPEC)	33,30
566	POSIEW WYMAZU Z ODBYTU W KIERUNKU SALMONELLA, SHIGELLA	17,80
567	POSIEW WYMAZU Z ODBYTU W KIERUNKU YERSINIA	17,80
568	POSIEW WYMAZU Z ODLEŻYNY	17,80
569	POSIEW WYMAZU Z ODLEŻYNY - DODATNI	44,30
570	POSIEW WYMAZU Z OKA	17,80
571	POSIEW WYMAZU Z OKA - DODATNI	26,60
572	POSIEW WYMAZU Z OWRZODZENIA	17,80
573	POSIEW WYMAZU Z OWRZODZENIA - DODATNI	44,30
574	POSIEW WYMAZU Z PĘPKA	17,80
575	POSIEW WYMAZU Z UCHA	17,80
576	POSIEW WYMAZU Z UCHA - TLENOWO (91.821/831)	17,80
577	POSIEW Z DOLNYCH DRÓG ODDECHOWYCH - DODATNI	39,90
578	POSIEW Z DOLNYCH DRÓG ODDECHOWYCH - TLENOWO (91.821/831)	17,80
579	POSIEW Z DRÓG MOCZOWO-PŁCIOWYCH - TLENOWO (91.821/831)	17,80
580	POSIEW Z DRÓG RODNYCH (91.821/831)	17,80
581	POSIEW Z GÓRNYCH DRÓG ODDECHOWYCH ROZSZERZONY (91.821/831)	22,20
582	POSIEW Z NOSA ROZSZERZONY (91.821/831)	22,20
583	POSIEW ŻÓŁCI	17,80
584	POSIEW ŻÓŁCI - DODATNI	39,90
585	POTAS	1,60
586	POTAS- RKZ	1,60
587	POTAS W MOCZU	2,00
588	PRAŻKI OLIGOKLONALNE IGG W PMR	11,10
589	PRAŻKI OLIGOKLONALNE IGG W SUROWICY	11,10
590	PRAŻKI OLIGOKLONALNE(PMR+SUR)	155,00
591	PREPARAT BEZPOŚREDNI W CIEMNYM POLU WIDZENIA W KIERUNKU KRĘTKA BLADEGO - treponema pallidum	11,10
592	PREPARAT BEZPOŚREDNI W KIERUNKU PRAŻKÓW KWASOOPORNYCH	99,70

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
593	PROFIL - TARCZYCOWY PODSTAWOWY (TSH, fT4)	8,90
594	PROFIL LIPIDOWY (Cholesterol całkowity, HDL, Triglicerydy, LDL wyliczany)	6,70
595	PROFIL NARKOTYKOWY W MOCZU - TEST PRZESIEWOWY (AMFETAMINA, KOKAINA, MARIHUANA - KANABINOLE - THC, BENZODIAZEPINY, TRÓJPIERŚCIENIOWE LEKI ANTYDEPRESYJNE - TCA, BARBITURANY, METAMFETAMINA, MORFINA - OPIATY, METADON, METYLENDIOKSYMETAMFETAMINA)	121,80
596	PROFIL NERKOWY (SÓD, POTAS, MOCZNIK, KREATYNINA)	6,20
597	PROFIL PRZED PRZYJĘCIEM NA ZABIEG PLANOWY (wymaz z nosa, wymaz z odbytu, posiew moczu)	44,30
598	PROFIL PRZED ZABIEGIEM (APTT, Anty HCV, Glukoza, Antygen HBs, Potas, Sód, Mocznik, Kreatynina, Morfologia, INR PT)	39,90
599	PROFIL WĄTROBOWY (ALT, AST, FOSFATAZA ALKALICZNA, GGTP, BILIRUBINA CAŁKOWITA, ALBUMINA)	10,70
600	PROGESTERON	15,50
601	PROKALCYTONINA	77,50
602	PROLAKTYNA	13,30
603	PROLAKTYNA (PO MTC - 0 I 60 MIN.)	26,60
604	PROTEINOGRAM + BIAŁKO CAŁKOWITE	15,50
605	PRÓBA ZGODNOŚCI SEROLOGICZNEJ KRWI	39,90
606	PRZECHOWYWANIE SZCZEPU WZORCOWEGO	2,80
607	PRZYGOTOWANIE MATERIAŁU DO WYSYŁKI	2,80
608	PSA WOLNY	15,50
609	PTH	22,20
610	QUANTIFERON - TB	243,60
611	RENINA	199,30
612	RETIKULOCYTY AUTOMATYCZNIE	3,40
613	RETIKULOCYTY MIKROSKOPOWO	6,70
614	RKZ ROZSZ. (GAZOMETRIA, ELEKTROLITY)	15,50
615	RNA WIRUSA HIV JAKOŚCIOWO	553,50
616	ROMA (HE4+CA125)	177,20
617	ROZMAZ KRWI OBWODOWEJ - OCENA MIKROSKOPOWA	4,50
618	ROZMAZ PMR/PLJ	4,50
619	ROZPUSZCZALNY RECEPTOR TRANSFERYNY	99,70
620	RÓWNOWAGA KWASOWO-ZASADOWA / GAZOMETRIA	15,50
621	RX2 MIESZANKA ROZTOCZY+NASKÓR	77,50
622	RZEŻĄCZKA - OCENA PREPARATU BEZPOŚREDNIEGO	4,50
623	RZEŻĄCZKA - POSIEW Z LEKOWRAŻLIWOŚCIĄ	26,60
624	S-100	44,30
625	SALICYLANY	132,90
626	SHBG	20,00
627	SÓD	1,60

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
628	SÓD- RKZ	1,60
629	SÓD W MOCZU	2,30
630	SUBPOP.LIMF. TCD3/CD4/CD8/B/NK	177,20
631	SUBPOPULACJA LIMFOCYTÓW CD4/CD8	110,70
632	T3 BRZOZA	33,30
633	TACROLIMUS (PROGRAF)	110,70
634	TEST BEUTLER I BALUDA (BADANIE W KIERUNKU GALAKTOZEMII)	155,00
635	TEST TOLERANCJI GLUKOZY (50G - 0,1H)	2,70
636	TEST TOLERANCJI GLUKOZY (75G - 0, 1H, 2H)	4,00
637	TEST TOLERANCJI GLUKOZY (75G - 0, 2H)	2,70
638	TESTOSTERON	13,30
639	TESTOSTERON WOLNY	66,50
640	TIBC (PAKIET - FE, UIBC, TIBC)	4,50
641	TIOPENTAL	177,20
642	TOXOCAROZA	26,60
643	TOXOCAROZA IGG AVIDNOŚĆ	265,70
644	TOXOPLAZMA W-B	929,90
645	TRANSFERYNA	8,90
646	TRANSFERYNA IZOFORMY CD-GS	265,70
647	TRIJODOTYRONINA CAŁKOWITA TT3	8,90
648	TROPONINA T	20,00
649	TRÓJGLICERYDY (TG)	1,80
650	TRÓJJODOTYRONINA (FT3)	5,80
651	TRYPTAZA	210,40
652	TYREOGLOBULINA	24,40
653	TYREOTROPINA (TSH)	4,50
654	TYROKSYNA TT4	8,90
655	TYROKSYNA WOLNA (FT4)	5,80
656	UIBC	4,00
657	USR	5,60
658	VDRL (ILOŚCIOWO)	11,10
659	VDRL (JAKOŚCIOWO)	8,90
660	WANKOMYCINA	31,00
661	WAPŃ	1,80
662	WAPŃ W MOCZU	2,30
663	WAPŃ ZJONIZOWANY	1,80
664	WAZOPRESYNA (ADH)	442,80
665	WB TOKSOKAROZA	553,50

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
 tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
666	WIROWANIE	2,80
667	WIRUS ODRY IGG-SUR.	112,20
668	WIRUS ODRY IGM-SUR.	126,20
669	WIRUS VARICELLA ZOSTER IGM	44,30
670	WITAMINA 25-OH D3	37,70
671	WITAMINA A	132,90
672	WITAMINA A+E	177,20
673	WITAMINA B1	132,90
674	WITAMINA B12	17,80
675	WITAMINA E	155,00
676	WOLNA HEMOGLOBINA W OSOCZU	97,50
677	WSK.CA/CRE	2,70
678	WYKRYWANIE ANTYGENU LEGIONELLA PNEUMOPHILA W MOCZU	168,30
679	WYKRYWANIE ANTYGENU RSV W WYMAZIE Z JAMY NOSOWO-GARDŁOWEJ	51,00
680	WYKRYWANIE ANTYGENU STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE W MOCZU	55,40
681	WYKRYWANIE MYCOPLASMA H. I UREOPLASMA U. (WYMAZ Z DRÓG RODYCH U KOBIET, W MOCZU U MĘŻCZYŹN)	84,20
682	WYMAZ Z KANAŁU SZYJKI MACICY	17,80
683	WYMAZ Z KANAŁU SZYJKI MACICY NA BEZTLENOWCE	17,80
684	WYMAZ Z POCHWY	17,80
685	WYMAZ Z POCHWY - DODATNI	39,90
686	ZESTAW INHALACYJNY (20 ALERGENÓW - (tomka wonna, kupkówka pospolita, tymotka łąkowa, żyto, olcha, brzoza, leszczyna, dąb, ambrozja, bylica, babka lancetowata, kot, pies, koń, Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae, Penicillium notatum, Cladosporium herbarum, Aspergillus fumigatus, Alternaria alternata)	144,00
687	ŻELAZO	2,00

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
ANGIOGRAFIA		
1	Angiografia CUN	850,00
2	Angiografia kardiologiczna	1 050,00
3	Angiografia obwodowa	820,00
4	MRI wysokie pole	500,00
5	MRI niskie pole	500,00
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA		
6	ANGIO głowa	450,00
7	ANGIO j. brzuszna	520,00
8	ANGIO KK	550,00
9	ANGIO KLP	520,00
10	ANGIO TT szyjny	500,00
11	BAC	220,00
12	Bark	280,00
13	Głowa bez kontrastu	280,00
14	Głowa z kontrastem	380,00
15	Jama brzuszna	420,00
16	K. skroniowe	300,00
17	KLP	420,00
18	Kolano	280,00
19	Kręgosłup C	280,00
20	Kręgosłup L-S	280,00
21	Kręgosłup TH	280,00
22	Łokieć	280,00
23	Miednica	280,00
24	Nadgarstek	280,00
25	Pięta	280,00
26	Podudzie	280,00
27	Stopa	280,00
28	Szyja	300,00
29	Udo	280,00
30	Zatoki	300,00
RTG		
31	Bark 1 zdjęcie	30,00
32	CUM	30,00
33	Czaszka 2 zdjęcia	30,00
34	Czaszka 3 zdjęcia	35,00
35	Dłoń 2 zdjęcia	30,00

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
36	Fistulografia	65,00
37	HSG 3 zdjęcia	40,00
38	Jama brzuszna 1 zdjęcie	30,00
39	KLP 1 zdjęcie	30,00
40	KLP 2 zdjęcia	35,00
41	KLP do 6 lat 1 zdjęcie	30,00
42	Kość ogonowa 2 zdjęcia	30,00
43	Kręgosłup C 2 zdjęcia	30,00
44	Kręgosłup L-S 2 zdjęcia	30,00
45	Kręgosłup TH 2 zdjęcia	30,00
46	Łopátka 2 zdjęcia	30,00
47	Miednica 1 zdjęcie	30,00
48	Mostek 2 zdjęcia	30,00
49	Nos 1 zdjęcie	30,00
50	Obojczyk 1 zdjęcie	30,00
51	P. pokarmowy	30,00
52	Palce 2 zdjęcia	30,00
53	Pasaż	65,00
54	Pięta 1 zdjęcie	30,00
55	Podudzie 2 zdjęcia	30,00
56	Potylica 1 zdjęcie	30,00
57	Przedramię 2 zdjęcia	30,00
58	Przełyk 3 zdjęcia	65,00
59	Ramię 1 zdjęcie	30,00
60	Rzepka osiowo 1 zdjęcie	30,00
61	Skolioza 1 zdjęcie	30,00
62	Skopia	30,00
63	St krzyż-biodr 1 zdjęcie	30,00
64	ST biodrowy 2 zdjęcia	30,00
65	ST kolanowy 2 zdjęcia	30,00
66	ST łokciowy 2 zdjęcia	30,00
67	ST nadgarstkowy 2 zdjęcia	30,00
68	ST skokowy 2 zdjęcia	30,00
69	Staw skr-żuch 2 zdjęcia	30,00
70	Stopa 2 zdjęcia	30,00
71	Tomogramy	30,00
72	Twarzoczaszka 1 zdjęcie	30,00
73	Udo 2 zdjęcia	30,00

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
74	Urografia	150,00
75	Wlew doodbytniczy	30,00
76	Zatoki	30,00
77	Żebra 2 zdjęcia	30,00
78	Żuchwa 1 zdjęcie	30,00
USG		
79	Bark	60,00
80	Dłoń	60,00
81	DOPPL. NACZ	120,00
82	DOPPL. TTKK	120,00
83	DOPPL. TTNERK	120,00
84	DOPPL. TTSZ	120,00
85	DOPPL. ŻŻKK	120,00
86	Echo serca	80,00
87	Gałka oczna	80,00
88	Ginekologiczne	80,00
89	Jama brzuszna	60,00
90	Jądra	60,00
91	Kolano	60,00
92	Mięśni grzbietu	80,00
93	Nadgarstek	60,00
94	Odgłabianie	60,00
95	Oplucna	80,00
96	P. ciemiączko	60,00
97	Pachwina	60,00
98	Palce	60,00
99	Podudzie	60,00
100	Policzek	60,00
101	Pośladek	60,00
102	Powł. głowy	60,00
103	Przedramię	60,00
104	Ramię	60,00
105	ST biodrowy	60,00
106	Sutki/piersi	60,00
107	Szyja	60,00
108	Ścięgno Achillesa	60,00
109	Tarczycza	60,00
110	TRUS	100,00

Załącznik do Uchwały nr 4/2018 Zarządu Copernicus PL Sp. z o.o. z dnia 28.02.2018 r.

Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego

COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6

Lp.	Nazwa	Cena w PLN
111	Udo	60,00
112	Węzły chłonne	80,00

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
 tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Miejsce udzielania świadczeń: Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN	
		bez kontrastu	z kontrastem
TOMOKOMPUTER			
1	Angio tętnic szyjnych		400,00
2	Angio aorty - 1 odcinek		400,00
3	Angio aorty - 2 odcinki		500,00
4	Angio tętnic płucnych		400,00
5	Angio tętnic kończyn dolnych		500,00
6	Angio TK głowy		400,00
7	TK głowy	250,00	350,00
8	TK zatok	230,00	330,00
9	TK twarzoczaszki	230,00	330,00
10	TK oczodołów	230,00	330,00
11	TK - HR kości skroniowych	230,00	
12	TK szyi	250,00	350,00
13	TK klatki piersiowej	250,00	350,00
14	TK klatki piersiowej - HRCT	250,00	
15	TK klatki piersiowej - badanie profilaktyczne niskodawkowe	200,00	
16	TK jamy brzusznej	250,00	
17	TK jamy brzusznej dwufazowe		400,00
18	TK jamy brzusznej wielofazowe		600,00
19	TK miednicy	250,00	
20	TK miednicy dwufazowe		400,00
21	TK miednicy wielofazowe		600,00
22	TK kręgosłupa - badanie sekwencyjne	210,00	310,00
23	TK 1 odcinka kręgosłupa - badanie spiralne	280,00	380,00
24	TK kości / stawu	250,00	400,00
25	TK szyi + klatki piersiowej	350,00	500,00
26	TK twarzoczaszki + szyi	350,00	500,00
27	TK jamy brzusznej + miednicy	350,00	
28	TK jamy brzusznej + miednicy dwufazowe		500,00
29	TK jamy brzusznej + miednicy wielofazowe		700,00
30	TK klatki piersiowej + jamy brzusznej	400,00	550,00
31	TK klatki piersiowej + jamy brzusznej + miednicy	550,00	700,00
32	TK jamy brzusznej + miednicy + hydrokologiafia	450,00	600,00
33	TK Urografia		600,00

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Miejsce udzielania świadczeń: Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN	
		bez kontrastu	z kontrastem
REZONANS MAGNETYCZNY			
34	Angio tętnic szyjnych	550,00	650,00
35	Angio tętnic głowy + głowa	550,00	650,00
36	MRI głowy	350,00	450,00
37	MRI głowy z kontrastem i z oceną perfuzji		650,00
38	MRI cholangio - drogi żółciowe - MRCP	400,00	
39	MRI jamy brzusznej	400,00	500,00
40	MRI jamy brzusznej dynamiczne		700,00
41	MRI jamy brzusznej + MRCP + dynamiczne		850,00
42	MRI jamy brzusznej + miednicy + enterografia	700,00	850,00
43	MRI kręgosłupa - 1 odcinek (szyjny, piersiowy lub lędźwiowy)	300,00	400,00
44	MRI kręgosłupa - 2 odcinki	500,00	600,00
45	MRI kręgosłupa - 3 odcinki	700,00	800,00
46	MRI kanałów słuchowych*	550,00	650,00
47	MRI miednicy mniejszej	400,00	500,00
48	MRI miednicy mniejszej dynamiczne		700,00
49	MRI oczodołów	400,00	500,00
50	MRI przysadki mózgowej dynamiczne		650,00
51	MRI splotu barkowego	350,00	450,00
52	MRI splotu krzyżowo-biodrowego	350,00	450,00
53	MRI stawów biodrowych lub biodrowo-krzyżowych	400,00	500,00
54	MRI stawu (barkowego, kolanowego, łokciowego, skokowego)	400,00	500,00
55	MRI stopy	450,00	550,00
56	MRI szyi	400,00	500,00
57	MRI ściany klatki piersiowej	450,00	550,00
58	MRI tkanek miękkich	450,00	550,00
59	MRI twarzoczaszki	450,00	550,00
60	MRI twarzoczaszki i szyi	500,00	600,00
MAMMOGRAFIA			
61	Mammografia	100,00	
62	Mammografia jednej piersi	70,00	
63	Mammografia + usg piersi	180,00	
ULTRASONOGRAFIA - DOPPLER			
64	USG dopplerowskie aorty brzusznej i tętnic biodrowych	100,00	
65	USG dopplerowskie gałki ocznej	100,00	
66	USG dopplerowskie przetoki dializacyjnej	150,00	
67	USG dopplerowskie układu wrotnego	150,00	

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
 tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Miejsce udzielania świadczeń: Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN	
		bez kontrastu	z kontrastem
68	USG dopplerowskie tętnic nerkowych	100,00	
69	USG dopplerowskie tętnic szyjnych	100,00	
70	USG dopplerowskie tętnic 1 kończyny górnej	100,00	
71	USG dopplerowskie żył 1 kończyny górnej	100,00	
72	USG dopplerowskie tętnic 1 kończyny dolnej	100,00	
73	USG dopplerowskie tętnic obu kończyn dolnych	150,00	
74	USG dopplerowskie żył głębokich 1 kończyny dolnej	100,00	
75	USG dopplerowskie żył głębokich obu kończyn dolnych	150,00	
76	USG dopplerowskie żył powierzchownych 1 kończyny dolnej	100,00	
77	USG dopplerowskie żył powierzchownych obu kończyn dolnych	150,00	
78	USG dopplerowskie żył głębokich i powierzchownych 1 kończyny dolnej	150,00	
79	USG dopplerowskie żył głębokich i powierzchownych obu kończyn dolnych	300,00	
80	USG dopplerowskie żył wlotu klatki piersiowej	100,00	
ULTRASONOGRAFIA			
81	USG jamy brzusznej	90,00	
82	USG jąder	80,00	
83	USG kanału nadgarstka	130,00	
84	USG piersi i węzłów chłonnych dołów pachowych	90,00	
85	USG płuc i opłucnej	90,00	
86	USG ręki (dłoni)	130,00	
87	USG stawu (barkowego, łokciowego, biodrowego, kolanowego lub skokowego)	130,00	
88	USG stopy	130,00	
89	USG szyi (bez tarczycy)	80,00	
90	USG ścięgna Achillesa	100,00	
91	USG tarczycy z oceną dopplerowską	80,00	
92	USG tkanek miękkich- jednej okolicy anatomicznej	80,00	
93	USG mięśni	100,00	
94	USG transrektalne	100,00	
95	USG układu chłonnego (szyja, doły pachowe, pachwiny, wątroba, śledziona, węzły zaotrzewnowe)	150,00	
96	USG węzłów chłonnych - jednej okolicy anatomicznej	80,00	
97	USG przezciemiączkowe	90,00	
98	USG do BAC	45,00	

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
 tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Miejsce udzielania świadczeń: Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN	
		bez kontrastu	z kontrastem
RENTGENODIAGNOSTYKA			
99	RTG - kolejna projekcja danego obszaru	50% ceny podst.	
RTG GŁOWY			
100	RTG czaszki - 1 projekcja	30,00	
101	RTG kości skroniowych - porównawcze	30,00	
102	RTG nosa - 1 projekcja	30,00	
103	RTG oczodołów - 1 projekcja	30,00	
104	RTG potylicy - 1 projekcja	30,00	
105	RTG twarzoczaszki - 1 projekcja	30,00	
106	RTG żuchwy - 1 projekcja	30,00	
107	RTG żuchwy - wg Eislera	30,00	
108	RTG zatok - 1 projekcja	30,00	
RTG KLATKI PIERSIOWEJ			
109	RTG klatki piersiowej - 1 projekcja	30,00	
110	RTG klatki piersiowej celowane na szczyty metodą Przybylskiego - 1 projekcja	30,00	
111	RTG klatki piersiowej z zakontrastowaniem przetyku - 1 projekcja	50,00	
112	RTG łopatk - 1 projekcja	30,00	
113	RTG mostka - 1 projekcja	30,00	
114	RTG obojczyka - 1 projekcja	30,00	
115	RTG żeber - 1 projekcja	30,00	
RTG KRĘGOSŁUPA I MIEDNICY			
116	RTG kręgosłupa czynnościowe - 2 projekcje	45,00	
117	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego L-S - 1 projekcja	30,00	
118	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego L-S - 4 projekcje (ap + boczne+skosy)	70,00	
119	RTG kręgosłupa piersiowego Th - 1 projekcja	30,00	
120	RTG kręgosłupa szyjnego C - 1 projekcja	30,00	
121	RTG kręgosłupa szyjnego C1 i C2 - celowane	30,00	
122	RTG miednicy - 1 projekcja	30,00	
123	RTG stawu biodrowego - 1 projekcja	30,00	
124	RTG obu stawów biodrowych - 1 projekcja	30,00	
125	RTG stawów krzyżowo-biodrowych - 1 projekcja	30,00	
126	RTG stawów krzyżowo-biodrowych - ap + 2 skosy (3 rzuty)	60,00	
127	RTG kości krzyżowej - 1 projekcja	30,00	
128	RTG kości ogonowej - 1 projekcja	30,00	
129	RTG przeglądowe jamy brzusznej - 1 projekcja	30,00	

**Wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
tylko dla pacjentów nieubezpieczonych**

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Miejsce udzielania świadczeń: Al. Jana Pawła II 50

Lp.	Nazwa	Cena w PLN	
		bez kontrastu	z kontrastem
RTG KOŃCZYN GÓRNYCH I DOLNYCH			
130	RTG barku - 1 projekcja	30,00	
131	RTG dłoni - 1 projekcja	30,00	
132	RTG stopy - 1 projekcja	30,00	
133	RTG palców - 1 projekcja	30,00	
134	RTG nadgarstka - 1 projekcja	30,00	
135	RTG kości długich przedramienia - 1 projekcja	30,00	
136	RTG stawu łokciowego - 1 projekcja	30,00	
137	RTG kości długich ramienia - 1 projekcja	30,00	
138	RTG kości długich uda - 1 projekcja	30,00	
139	RTG kości długich podudzia - 1 projekcja	30,00	
140	RTG stawu kolanowego - 1 projekcja	30,00	
141	RTG rzepek - zdjęcie osiowe	30,00	
142	RTG obu rzepek - zdjęcie osiowe	30,00	
143	RTG stawu skokowego - 1 projekcja	30,00	
144	RTG kości piętowej - 1 projekcja	30,00	
RTG INNE			
145	RTG inne	30,00	
146	RTG porównawcze - 1 projekcja	60,00	
RTG – BADANIA KONTRASTOWE			
147	Urografia z kontrastem niejonowym	200,00	
148	Badanie przełyku	60,00	
149	Badanie przełyku, żołądka i dwunastnicy	100,00	
150	Badanie przełyku, żołądka i dwunastnicy + pasaż jelit	150,00	
151	Pasaż jelitowy	120,00	
152	Wlew doodbytniczy – dorosły	200,00	
153	Wlew doodbytniczy - dziecko	150,00	
154	Uretrografia (cystografia)	150,00	
155	Cystourethrografia mikcyjna z kontrastem – CUM	150,00	
BIOPSJA			
156	Biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG	130,00	



Załącznik do Uchwały nr 4/2018 Zarządu Copernicus PL Sp. z o.o. z dnia 28.02.20
Załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego
COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku

Płatności można dokonać w kasie Spółki w Gdańsku od poniedziałku do piątku w godz. 8:00-14:30 lub przelewem.

Dane do przelewu:

COPERNICUS Podmiot Leczniczy Spółka z o.o.
80-803 Gdańsk
ul. Nowe Ogrody 1-6

Nr konta bankowego:

PKO BP S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 15, 02-515 Warszawa

Nr konta: 72 1440 1101 0000 0000 1099 1064