

CENNIK DLA PACJENTÓW NIEUBEZPIECZONYCH

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

Miejsca udzielania świadczeń:

Szpital im. M. Kopernika, ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk

Szpital św. Wojciecha, Al. Jana Pawła II 50, 80-462 Gdańsk

L.p.	Oddział / Poradnia / Pracownia	Strona w cenniku
I	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY Kategoria czynności I	2
II	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY Kategoria czynności II	3
III	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY Kategoria czynności III	9
IV	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY Kategoria czynności IV	13
V	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY Kategoria czynności V	17
VI	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY Kategoria czynności VI	19
VII	DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6, Al. Jana Pawła II 50	20
VIII	DIAGNOSTYKA OBRAZOWA Miejsce udzielania świadczeń: ul. Nowe Ogrody 1-6	39
IX	DIAGNOSTYKA OBRAZOWA Miejsce udzielania świadczeń: Al. Jana Pawła II 50	43

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności I

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
1	Założenie opatrunku na ranę - inne	5.09.01.0000002	93.57	52,00
2	Badanie spirometryczne	5.09.01.0000008	89.383	50,00
3	Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)	5.09.01.0000010	89.522	30,00
4	Opieka pielęgniarki lub położnej	5.09.01.0000049	89.04	50,00
5	Badanie palcem odbytu	5.09.01.0000054	89.34	50,00
6	Ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych	5.09.01.0000057	89.71	150,00
7	Płukanie oka	5.09.01.0000062	96.51	50,00
8	Płukanie ucha	5.09.01.0000063	96.52	80,00
9	Wymiana cewnika założonego na stałe w drogach moczowych	5.09.01.0000068	97.642	110,00
10	Porada lekarska, konsultacja, asysta	5.09.01.0000071	89.00	150,00
11	Założenie kołnierza szyjnego	5.09.01.0000072	93.521	50,00
12	Leczenie farmakologiczne: <i>farmakoterapia doustna, domięśniowa, śródskórna, podskórna, podjęzykowa, doodbytnicza, przy użyciu nebulizatora</i>	5.09.01.0000073	99.97	25,00 + cena leków
13	Badania laboratoryjne - pakiet podstawowy	5.09.01.0000074		wg cennika badań lab.
14	Stwierdzenie zgonu (bez procedur transplantologicznych)	5.09.01.0000075		150,00
15	Ochrona otoczenia przed pacjentem	5.09.01.0000076	99.844	200,00
16	Kardiotokografia (KTG)	5.09.01.0000077	89.393	50,00
17	Pulsoksymetria	5.09.01.0000078	89.602	30,00

* W przypadku zastosowania u pacjenta znieczulenia ogólnego (całkowitego dożylnego) do poniższych procedur, do ceny należy doliczyć koszt znieczulenia zgodnie z cennikiem

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności II

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
1	Tylna i przednia tamponada nosa przy krwotoku	5.09.02.0000002	21.02	300,00
2	Szycie rany nosa	5.09.02.0000003	21.81	150,00
3	Szycie rany wargi	5.09.02.0000004	27.51	150,00
4	Cewnikowanie żył - inne	5.09.02.0000005	38.93	50,00 + cena cewnika
5	RTG kręgosłupa odcinka szyjnego – przeglądowe	5.09.02.0000012	87.221	wg cennika diagnost. obrazowej
6	RTG kręgosłupa odcinka szyjnego – celowane lub czynnościowe	5.09.02.0000013	87.222	wg cennika diagnost. obrazowej
7	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego	5.09.02.0000014	87.231	wg cennika diagnost. obrazowej
8	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego – celowane lub czynnościowe	5.09.02.0000015	87.232	wg cennika diagnost. obrazowej
9	RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego – przeglądowe	5.09.02.0000016	87.241	wg cennika diagnost. obrazowej
10	RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego – celowane lub czynnościowe	5.09.02.0000017	87.242	wg cennika diagnost. obrazowej
11	RTG płuc - inne	5.09.02.0000018	87.441	wg cennika diagnost. obrazowej
12	RTG tchawicy	5.09.02.0000020	87.496	wg cennika diagnost. obrazowej
13	RTG miednicy – przeglądowe	5.09.02.0000022	88.110	wg cennika diagnost. obrazowej
14	RTG jamy brzusznej przeglądowe	5.09.02.0000025	88.191	wg cennika diagnost. obrazowej
15	RTG łopatek	5.09.02.0000029	88.331	wg cennika diagnost. obrazowej
16	USG ślinianek	5.09.02.0000034	88.717	wg cennika diagnost. obrazowej
17	USG piersi	5.09.02.0000038	88.732	wg cennika diagnost. obrazowej
18	USG płuc	5.09.02.0000039	88.733	wg cennika diagnost. obrazowej
19	USG śródpiersia	5.09.02.0000040	88.735	wg cennika diagnost. obrazowej
20	USG klatki piersiowej	5.09.02.0000041	88.738	wg cennika diagnost. obrazowej
21	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	5.09.02.0000045	88.752	wg cennika diagnost. obrazowej
22	USG układu moczowego – inne	5.09.02.0000046	88.759	wg cennika diagnost. obrazowej
23	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	5.09.02.0000047	88.761	wg cennika diagnost. obrazowej
24	USG brzucha – inne	5.09.02.0000049	88.769	wg cennika diagnost. obrazowej
25	USG płodu	5.09.02.0000057	88.781	100,00
26	Lokalizacja łożyska w USG	5.09.02.0000058	88.783	100,00

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności II

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
27	Diagnostyka USG macicy ciężarnej - pełna	5.09.02.0000059	88.789	150,00
28	USG macicy nieciążarnej i przydatków	5.09.02.0000060	88.792	100,00
29	USG kończyn górnych lub dolnych	5.09.02.0000061	88.793	wg cennika diagnost. obrazowej
30	USG stawów barkowych	5.09.02.0000062	88.794	wg cennika diagnost. obrazowej
31	USG stawów łokciowych	5.09.02.0000063	88.795	wg cennika diagnost. obrazowej
32	USG stawów rąk lub stawów stóp	5.09.02.0000064	88.796	wg cennika diagnost. obrazowej
33	USG stawów biodrowych	5.09.02.0000065	88.797	wg cennika diagnost. obrazowej
34	USG stawów kolanowych	5.09.02.0000066	88.798	wg cennika diagnost. obrazowej
35	Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego	5.09.02.0000070	89.61	150,00
36	Wprowadzenie innej sondy do żołądka (nosowo-żołądkowej) w celu odbarczenia żołądka	5.09.02.0000072	96.07	60,00
37	Wymiana tamponady nosa	5.09.02.0000073	97.21	200,00
38	Usunięcie tamponady nosa	5.09.02.0000074	97.32	150,00
39	Usunięcie ciała obcego ze światła ucha bez nacięcia	5.09.02.0000075	98.11	150,00
40	Usunięcie ciała obcego ze światła nosa bez nacięcia	5.09.02.0000076	98.12	150,00
41	Usunięcie ciała obcego ze światła gardła bez nacięcia	5.09.02.0000077	98.13	160,00
42	Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów	5.09.02.0000080	99.18	50,00 + cena preparatu
43	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości do 4,0 cm	5.09.02.0000088	86.52	130,00
44	RTG zatok nosa	5.09.02.0000094	87.164	wg cennika diagnost. obrazowej
45	RTG nosa	5.09.02.0000095	87.165	wg cennika diagnost. obrazowej
46	RTG twarzoczaszki – przeglądowe	5.09.02.0000096	87.174	wg cennika diagnost. obrazowej
47	RTG czaszki – przeglądowe	5.09.02.0000097	87.176	wg cennika diagnost. obrazowej
48	RTG żeber	5.09.02.0000098	87.431	wg cennika diagnost. obrazowej
49	RTG mostka	5.09.02.0000099	87.432	wg cennika diagnost. obrazowej
50	RTG obojczyków	5.09.02.0000100	87.433	wg cennika diagnost. obrazowej
51	RTG klatki piersiowej	5.09.02.0000101	87.440	wg cennika diagnost. obrazowej
52	USG moszny w tym jąder i najądrzy	5.09.02.0000103	88.799	wg cennika diagnost. obrazowej

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności II

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
53	Założenie szyny Kramera	5.09.02.0000104	93.542	50,00
54	Założenie innej szyny unieruchamiającej	5.09.02.0000105	93.549	45,00
55	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny górnej	5.09.02.0000106	97.11	260,00
56	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny dolnej	5.09.02.0000107	97.12	260,00
57	Wymiana opatrunku unieruchamiającego innej okolicy	5.09.02.0000108	97.13	260,00
58	Wymiana tamponu lub drenu w ranie	5.09.02.0000110	97.16	100,00
59	Usunięcie szwów z głowy lub szyi	5.09.02.0000111	97.38	80,00
60	Usunięcie klamry	5.09.02.0000119	97.881	60,00
61	Usunięcie gipsu	5.09.02.0000120	97.882	100,00
62	Usunięcie szwów z innej okolicy	5.09.02.0000121	97.891	80,00
63	Usunięcie ciała obcego ze światła jamy ustnej bez nacięcia	5.09.02.0000122	98.01	160,00
64	Usunięcie ciała obcego ze światła pochwy bez nacięcia	5.09.02.0000123	98.17	160,00
65	Usunięcie ciała obcego ze światła cewki moczowej bez nacięcia	5.09.02.0000125	98.19	160,00
66	Usunięcie ciała obcego bez nacięcia – inne	5.09.02.0000126	98.20	160,00
67	Zdjęcie rentgenowskie zębów - inne	5.09.02.0000183	87.12	30,00
68	Zdjęcie rtg kręgosłupa - inne	5.09.02.0000186	87.29	wg cennika diagnost. obrazowej
69	RTG kości barku i ramienia	5.09.02.0000191	88.21	wg cennika diagnost. obrazowej
70	RTG kości łokcia/przedramienia	5.09.02.0000192	88.22	wg cennika diagnost. obrazowej
71	RTG nadgarstka/dłoni	5.09.02.0000193	88.23	wg cennika diagnost. obrazowej
72	RTG kości kończyny górnej - nieokreślone inaczej	5.09.02.0000194	88.249	wg cennika diagnost. obrazowej
73	RTG kości miednicy/biodra - inne	5.09.02.0000195	88.26	wg cennika diagnost. obrazowej
74	RTG uda/kolana/podudzia	5.09.02.0000196	88.27	wg cennika diagnost. obrazowej
75	RTG kostki/stopy	5.09.02.0000197	88.28	wg cennika diagnost. obrazowej
76	RTG kości kończyny dolnej - nieokreślone inaczej	5.09.02.0000198	88.299	wg cennika diagnost. obrazowej
77	RTG układu kostnego - nieokreślone inaczej	5.09.02.0000199	88.339	wg cennika diagnost. obrazowej
78	RTG - inne	5.09.02.0000200	88.39	wg cennika diagnost. obrazowej

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności II

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
79	USG klatki piersiowej - inne	5.09.02.0000203	88.739	wg cennika diagnost. obrazowej
80	Monitorowanie elektrokardiograficzne	5.09.02.0000206	89.54	300,00
81	Wprowadzenie sondy Sengstakena	5.09.02.0000208	96.06	470,00
82	Wprowadzenie rurki doodbytniczej	5.09.02.0000209	96.09	60,00
83	Płukanie żołądka	5.09.02.0000210	96.33	160,00
84	Płukanie przez sondę żołądkową (nosowo-żołądkową)	5.09.02.0000211	96.34	160,00
85	Usunięcie zalegających mas kałowych z jelita	5.09.02.0000213	96.38	160,00
86	Usunięcie szyny	5.09.02.0000219	97.883	60,00
87	Usunięcie ciała obcego ze światła prostnicy i odbytu bez nacięcia	5.09.02.0000220	98.05	160,00
88	Płukanie cewnika naczyniowego	5.09.02.0000225	96.57	100,00
89	Płukanie rany - inne	5.09.02.0000227	96.59	100,00
90	Inne oczyszczenie rany, zakażenia lub oparzenia bez wycinania	5.09.02.0000228	86.289	100,00
91	Wykonanie segregacji poszkodowanych w zdarzeniu mnogim i masowym	5.09.02.0000229	89.72	500,00
92	Podanie anatoksyny tężcowej	5.09.02.0000230	99.38	25,00
93	Szczepienie przeciw wścieklicznie	5.09.02.0000231	99.44	50,00
94	Podanie antytoksyny przeciw tężcowej	5.09.02.0000232	99.56	25,00
95	Usunięcie magnesem ciała obcego z przedniej części oka	5.09.02.0000248	12.01	150,00
96	Usunięcie ciała obcego z przedniej części gałki ocznej (bez magnesu)	5.09.02.0000249	12.02	150,00
97	Przyżeganie przy krwotoku z nosa i tamponada	5.09.02.0000250	21.03	500,00
98	Zamknięte nastawienie złamania nosa	5.09.02.0000251	21.71	1 000,00
99	Szycie rany języka	5.09.02.0000252	25.51	500,00
100	Szycie rany jamy ustnej - inne	5.09.02.0000253	27.52	500,00
101	Szycie rany podniebienia	5.09.02.0000254	27.61	500,00
102	Nakłucie międzyżebra	5.09.02.0000255	34.092	250,00
103	Odprowadzenie hemoroidów	5.09.02.0000256	49.41	250,00
104	Cewnikowanie pęcherza przez cewkę jednorazowe	5.09.02.0000257	57.01	55,00

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności II

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
105	Usunięcie ciała obcego obejmującego prącie - operacja prosta	5.09.02.0000258	64.461	700,00
106	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości powyżej 4,0 cm	5.09.02.0000259	86.53	270,00
107	Porada lekarska, inne (wszystkie konsultacje specjalistyczne)	5.09.02.0000260	89.02	150,00
108	Nieoperacyjne funkcjonalne testy neurologiczne - inne	5.09.02.0000261	89.159	150,00
109	Pomiar szybkości odpływu moczu	5.09.02.0000262	89.24	100,00
110	Badanie palcem przetoki jelitowej	5.09.02.0000263	89.33	100,00
111	Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych	5.09.02.0000264	89.540	100,00
112	Założenie innego unieruchomienia gipsowego	5.09.02.0000265	93.53	100,00
113	Unieruchomienie w obrębie kończyny górnej	5.09.02.0000266	93.5020	70,00
114	Unieruchomienie w obrębie kończyny dolnej	5.09.02.0000267	93.5022	70,00
115	Resuscytacja bezprzyrządowa	5.09.02.0000268	93.93	300,00
116	Tlenoterapia - inne	5.09.02.0000269	93.96	50,00
117	Kapnografia (ETCO2) monitorowanie	5.09.02.0000270	93.983	50,00
118	Testy/ocena psychologiczna - inna	5.09.02.0000271	94.08	400,00
119	Wprowadzenie maski krtaniowej	5.09.02.0000272	96.03	300,00
120	Ręczne odprowadzenie wypadniętej odbyticy	5.09.02.0000274	96.26	200,00
121	Ręczne odprowadzenie przepukliny	5.09.02.0000275	96.27	200,00
122	Wlew przezodbytowy - inne	5.09.02.0000276	96.39	100,00
123	Wstrzyknięcie sterydów	5.09.02.0000277	99.23	50,00 + cena preparatu
124	Inne rodzaje umiarawiania serca	5.09.02.0000279	99.69	1 000,00
125	Specyficzne badania laboratoryjne - pakiet dodatkowy	5.09.02.0000280		wg cennika bad. lab.
126	Znieczulenie nasiękowe	5.09.02.0000281	100.43	100,00
127	Zaopatrzenie urazu oka/ oczodołu - inne	5.09.02.0000282	16.89	100,00
128	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	5.09.02.0000283	23.0401	50,00
129	Laryngoskopia i inne wziernikowanie tchawicy	5.09.02.0000284	31.42	300,00
130	Wymiana rurki wewnątrzkraniowej lub wewnątrzchtawiczej	5.09.02.0000285	31.93	300,00

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności II

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
131	Nacięcie powięzi	5.09.02.0000286	83.14	1 000,00
132	Aspiracja ropnia paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej	5.09.02.0000287	86.011	100,00
133	Przetoczenie innej substancji	5.09.02.0000288	99.09	60,00 + cena preparatu
134	Wstrzyknięcie antykoagulanta	5.09.02.0000289	99.19	50,00 + cena preparatu
135	Stymulacja zatoki szyjnej	5.09.02.0000290	99.64	50,00
136	Hipotermia zewnętrzna ogólnoustrojowa - bez urządzeń sterujących	5.09.02.0000291	99.812	3 500,00
137	Hipertermia jako metoda towarzysząca innym metodom leczniczym	5.09.02.0000292	99.851	200,00
138	Badanie temperatury ciała (temperatura powierzchniowa lub głęboka)	5.09.02.0000293	99.99902	10,00
139	Sedacja i nadzór intensywny	5.09.02.0000294	100.5	520,00
140	Ręczne odprowadzenie wypadniętego odbytu sztucznego	5.09.02.0000295	96.28	200,00
141	Wstrzyknięcie trankwilizatora	5.09.02.0000296	99.26	50,00 + cena preparatu
142	Opatrzanie obrażeń miednicy	5.09.02.0000297	93.5012	150,00
143	Płukanie przez ureterostomię i cewnik moczowodowy	5.09.02.0000298	96.46	70,00
144	Wymiana cewnika w nefrostomii i pielostomii	5.09.02.0000299	97.612	110,00
145	Unieruchomienie kręgosłupa - inne	5.09.02.0000300	93.5024	100,00
146	Wymiana rurki gastrostomijnej	5.09.02.0000301	97.02	300,00
147	Wymiana rurki tracheostomijnej	5.09.02.0000302	97.23	300,00
148	Ręczne rozciąganie napletka	5.09.02.0000303	99.95	300,00

* W przypadku zastosowania u pacjenta znieczulenia ogólnego (całkowitego dożylnego) do poniższych procedur, do ceny należy doliczyć koszt znieczulenia zgodnie z cennikiem

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności III

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
1	Drenaż ropnia przegrody nosa	5.09.03.0000005	21.14	500,00
2	Wenesekcja	5.09.03.0000016	38.94	200,00
3	Gastroskopia - inna	5.09.03.0000017	44.13	wg cennika Copernicus PL
4	Nacięcie ropnia okołoodbytoowego	5.09.03.0000020	49.01	520,00
5	Szycie rany odbytu	5.09.03.0000021	49.71	220,00
6	Szycie rany piersi	5.09.03.0000051	85.81	200,00
7	Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej - inne	5.09.03.0000052	86.04	150,00
8	Urografia z kontrastem jonowym	5.09.03.0000060	87.732	wg cennika diagnost. obrazowej
9	Urografia z kontrastem niejonowym	5.09.03.0000061	87.733	wg cennika diagnost. obrazowej
10	Nakłucie opłucnej - punkcja odbarczająca	5.09.03.0000074	34.095	250,00
11	Nakłucie otrzewnej – punkcja odbarczająca	5.09.03.0000076	54.956	250,00
12	Wstrzyknięcie leku do stawu lub więzadeł	5.09.03.0000080	81.92	70,00
13	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, poniżej 4 ran	5.09.03.0000082	86.54	350,00
14	Monitorowanie płodu, nie określone inaczej	5.09.03.0000084	75.342	50,00
15	Ręczne odprowadzenie wypadniętej macicy	5.09.03.0000086	69.94	200,00
16	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji - miejsce nieokreślone	5.09.03.0000087	79.00	360,00
17	Zamknięte nastawienie zwichnięcia - inne	5.09.03.0000088	79.70	380,00
18	Znieczulenie spłotów lub nerwów obwodowych (do 2 godzin)	5.09.03.0000112	100.41	200,00
19	Nakłucie lędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego	5.09.03.0000113	03.311	250,00
20	Otwarte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji - paliczki ręki	5.09.03.0000118	79.24	1 300,00
21	Szycie pochewki ścięgna ręki	5.09.03.0000119	82.41	1 000,00
22	Szycie ścięgna zginacza ręki - inne	5.09.03.0000120	82.44	1 000,00
23	Szycie ścięgna ręki - inne	5.09.03.0000121	82.45	1 000,00
24	Szycie ścięgna - inne	5.09.03.0000122	83.649	1 000,00
25	Zamknięte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	5.09.03.0000124	76.93	500,00
26	Szycie torebki stawowej/więzadeł kończyny górnej	5.09.03.0000125	81.93	1 500,00

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności III

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
27	Szycie torebki stawowej/więzadeł stawów stępu/stopy	5.09.03.0000126	81.94	1 500,00
28	Szycie mięśnia/powięzi ręki	5.09.03.0000129	82.46	800,00
29	Szycie pochewki ścięgna	5.09.03.0000130	83.61	1 000,00
30	Szycie mięśnia/powięzi - inne	5.09.03.0000132	83.659	500,00
31	Usunięcie ciała obcego ze światła przelyku bez nacięcia	5.09.03.0000133	98.02	500,00 + cena gastrokopii
32	Usunięcie ciała obcego ze światła żołądka i jelita cienkiego bez nacięcia	5.09.03.0000134	98.03	500,00 + cena gastrokopii
33	Inne nacięcie krtani/ tchawicy	5.09.03.0000135	31.3	500,00
34	Inne zabiegi diagnostyczne krtani	5.09.03.0000136	31.48	1 000,00
35	Echokardiografia jam serca	5.09.03.0000137	37.281	100,00
36	Przezszkórna cystostomia	5.09.03.0000138	57.17	500,00
37	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości - inne kości (miednica)	5.09.03.0000139	78.191	3 000,00
38	Usunięcie ciała obcego ze skóry i tkanki podskórnej z nacięciem	5.09.03.0000140	86.054	200,00
39	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	5.09.03.0000141	86.221	150,00
40	Wycięcie martwiczej tkanki	5.09.03.0000142	86.222	150,00
41	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia - inne	5.09.03.0000143	86.229	150,00
42	Usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia lub obróbka naskórkowego	5.09.03.0000144	86.23	100,00
43	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, 4 ran i powyżej	5.09.03.0000145	86.55	500,00
44	RTG przelyku z kontrastem	5.09.03.0000146	87.691	wg cennika diagnost. obrazowej
45	Cystoureterografia wsteczna	5.09.03.0000147	87.76	wg cennika diagnost. obrazowej
46	Fistulografia	5.09.03.0000148	88.14	65,00
47	USG przezciemiączkowa	5.09.03.0000149	88.718	wg cennika diagnost. obrazowej
48	Echokardiografia	5.09.03.0000150	88.721	150,00
49	USG łuku aorty	5.09.03.0000151	88.731	wg cennika diagnost. obrazowej
50	USG transrektalne	5.09.03.0000152	88.741	wg cennika diagnost. obrazowej
51	USG wielomiejscowe	5.09.03.0000153	88.791	wg cennika diagnost. obrazowej
52	Ciągłe monitorowanie gazometrii krwi tętniczej za pomocą czujnika dotętniczego	5.09.03.0000155	89.601	500,00

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności III

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
53	Monitorowanie centralnego ciśnienia żylnego	5.09.03.0000158	89.62	500,00
54	Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) – Holter RR	5.09.03.0000159	89.501	60,00
55	Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) – Holter EKG	5.09.03.0000160	89.502	80,00
56	Wyciąg układu kostnego	5.09.03.0000161	93.44	1 000,00
57	Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia	5.09.03.0000162	98.15	300,00
58	Przetoczenie krwi i produktów krwiopochodnych	5.09.03.0000163	99.0	50,00 + (400,00*ilość jednostek preparatu płytkowego)
59	Wstrzyknięcie antybiotyku - inne	5.09.03.0000164	99.219	50,00 + cena leku
60	Farmakoterapia dożylna	5.09.03.0000165	99.97904	50,00 + cena leku
61	Znieczulenie dożylnie	5.09.03.0000166	100.1	150,00
62	Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin)	5.09.03.0000167	100.51	520,00
63	Założenie cewnika do tętnicy	5.09.03.0000168	100.61	205,00 + cena cewnika
64	Założenie cewnika do żyły centralnej	5.09.03.0000169	100.62	600,00
65	Przekazanie pacjenta do dalszego leczenia do innego podmiotu leczniczego z użyciem transportu sanitarnego	5.09.03.0000170		Realizacja transportu sanitarnego tam i z powrotem (na terenie i poza terenem Trójmiasta): cena za 1 km = 2,50 zł W przypadku realizacji transportu sanitarnego pomiędzy lokalizacjami Copernicus PL Sp. z o.o. opłata nie jest pobierana
66	Kinaza fosfokreatynowa, izoenzymy	5.09.03.0000171	M21	70,00
67	Kinaza fosfokreatynowa, izoformy	5.09.03.0000172	M23	70,00
68	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.03.0000173	87.030	wg cennika diagnost. obrazowej
69	TK twarzoczaszki bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.03.0000174	87.034	wg cennika diagnost. obrazowej
70	TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.03.0000175	87.036	wg cennika diagnost. obrazowej
71	TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.03.0000176	87.410	wg cennika diagnost. obrazowej
72	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.03.0000177	88.010	wg cennika diagnost. obrazowej
73	TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.03.0000178	88.383	wg cennika diagnost. obrazowej
74	TK kręgosłupa piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.03.0000179	88.385	wg cennika diagnost. obrazowej
75	TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.03.0000180	88.387	wg cennika diagnost. obrazowej

Załącznik do Uchwały nr 27/2021 Zarządu Copernicus PL Sp. z o.o. z dnia 30.08.2021 roku
 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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności III

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
76	TK kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.03.0000181	88.301	wg cennika diagnost. obrazowej
77	TK kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.03.0000182	88.303	wg cennika diagnost. obrazowej
78	Urografia	5.09.03.0000183	87.73	wg cennika diagnost. obrazowej
79	Cystografia - inne	5.09.03.0000184	87.77	wg cennika diagnost. obrazowej
80	USG gałki ocznej	5.09.03.0000185	95.13	wg cennika diagnost. obrazowej
81	Leczenie bólu, analgesedacja w nagłym zagrożeniu	5.09.03.0000187		400,00
82	Uzyskanie dostępu doszpikowego	5.09.03.0000188	99.99906	100,00
83	Farmakoterapia doszpikowa	5.09.03.0000189	99.97901	100,00 + cena leków
84	Biopsja stawu	5.09.03.0000202	80.3	200,00
85	Aspiracja stawu	5.09.03.0000203	81.911	200,00
* W przypadku zastosowania u pacjenta znieczulenia ogólnego (całkowitego dożylnego) do poniższych procedur, do ceny należy doliczyć koszt znieczulenia zgodnie z cennikiem				

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności IV

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
1	Wlew czynnika wazopresyjnego	5.09.04.0000001	00.17	60,00
2	Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (do 2 godzin)	5.09.04.0000002	100.01	400,00
3	Znieczulenie całkowite dożylnie (do 30 minut)	5.09.04.0000003	100.10	150,00
4	Znieczulenie całkowite dożylnie (od 30 minut do 60 minut)	5.09.04.0000004	100.11	200,00
5	Bronchoskopia interwencyjna	5.09.04.0000010	33.232	450,00
6	Bronchoskopia - inna	5.09.04.0000011	33.239	400,00
7	Drenaż jamy opłucnowej	5.09.04.0000012	34.041	520,00
8	Perikardiocenteza	5.09.04.0000014	37.0	250,00
9	Szycie tętnicy	5.09.04.0000019	39.31	780,00
10	Szycie żyły	5.09.04.0000020	39.32	780,00
11	TK twarzoczaszki bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.04.0000042	87.035	wg cennika diagnost. obrazowej
12	TK szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.04.0000044	87.037	wg cennika diagnost. obrazowej
13	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.04.0000049	87.411	wg cennika diagnost. obrazowej
14	TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku	5.09.04.0000051	87.413	wg cennika diagnost. obrazowej
15	TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.04.0000054	88.011	wg cennika diagnost. obrazowej
16	TK kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.04.0000059	88.384	wg cennika diagnost. obrazowej
17	TK kręgosłupa piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.04.0000061	88.386	wg cennika diagnost. obrazowej
18	RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.04.0000065	88.900	wg cennika diagnost. obrazowej
19	RM kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.04.0000067	88.902	wg cennika diagnost. obrazowej
20	RM kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.04.0000069	88.904	wg cennika diagnost. obrazowej
21	RM mózgu i pnia mózgu bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.04.0000071	88.911	wg cennika diagnost. obrazowej
22	RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.04.0000073	88.923	wg cennika diagnost. obrazowej
23	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.04.0000075	88.931	wg cennika diagnost. obrazowej
24	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.04.0000076	88.932	wg cennika diagnost. obrazowej
25	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.04.0000077	88.933	wg cennika diagnost. obrazowej
26	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.04.0000081	88.971	wg cennika diagnost. obrazowej

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności IV

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
27	RM szyi bez wzmocnienia kontrastowego	5.09.04.0000082	88.973	wg cennika diagnost. obrazowej
28	Wentylacja wspomagana przez rurkę intubacyjną	5.09.04.0000088	96.71	1 000,00
29	Przetoczenie pełnej krwi w innych przypadkach	5.09.04.0000091	99.03	60,00 + (270,00 * ilość przetoczonej krwi w opak. 500 ml)
30	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych	5.09.04.0000092	99.04	60,00 + (180,00 * ilość jednostek ME)
31	Przetoczenie koncentratu płytkowego	5.09.04.0000093	99.05	650,00 + (400,00*ilość jednostek preparatu płytkowego)
32	Przetoczenie czynników krzepnięcia	5.09.04.0000094	99.06	60,00 zł + cena preparatu
33	Przetoczenie osocza - inne	5.09.04.0000095	99.07	60,00 + (180,00 * ilość jednostek osocza)
34	Przetoczenie środków zastępczych osocza	5.09.04.0000096	99.08	60,00 zł + cena preparatu
35	Defibrylacja	5.09.04.0000100	99.624	1 040,00
36	TK kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.04.0000103	88.302	wg cennika diagnost. obrazowej
37	TK kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.04.0000105	88.304	wg cennika diagnost. obrazowej
38	RM kanału rdzeniowego - rdzeń kręgowy	5.09.04.0000106	88.934	wg cennika diagnost. obrazowej
39	RM kanału rdzeniowego - kręgosłup	5.09.04.0000107	88.935	wg cennika diagnost. obrazowej
40	RM twarzy	5.09.04.0000108	88.972	wg cennika diagnost. obrazowej
41	RM oczodołu	5.09.04.0000109	88.974	wg cennika diagnost. obrazowej
42	Wstrzyknięcie dotchawicze leków	5.09.04.0000110	31.94	40,00
43	Opracowanie chirurgiczne otwartego złamania - miejsce nieokreślone	5.09.04.0000112	79.60	800,00
44	Transfuzja przy wykrwawieniu	5.09.04.0000118	99.011	60,00 + (270,00*ilość przetoczonej krwi w opak. 500 ml) + (180,00*ilość jednostek ME) + (400,00*ilość jednostek preparatu płytkowego) + (180,00*ilość jednostek osocza)
45	Przywrócenie rytmu zatokowego	5.09.04.0000120	99.623	1 000,00
46	Resuscytacja ręczna	5.09.04.0000123	93.932	520,00
47	Sztuczne oddychanie z użyciem maski twarzowej lub maseczki resuscytacyjnej (foliowa)	5.09.04.0000124	93.934	520,00
48	Intubacja dotchawicza	5.09.04.0000125	96.04	780,00
49	Intubacja dróg oddechowych - inne	5.09.04.0000126	96.05	780,00
50	Zewnętrzna kardiowersja	5.09.04.0000128	99.622	1 000,00
51	Nacięcie zmiany ropnej	5.09.04.0000129	23.20	300,00

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności IV

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
52	Drenaż ropnia (przez jamę ustną) (przez szyję): okołogardłowego	5.09.04.0000130	28.01	500,00
53	Tracheostomia czasowa	5.09.04.0000131	31.1	1 000,00
54	Stała tracheostomia	5.09.04.0000132	31.2	1 000,00
55	Inna stała tracheostomia	5.09.04.0000133	31.29	1 000,00
56	Podwiązanie naczynia krwionośnego - naczyń kończyny górnej; pachowych; ramiennych; promieniowych; łokciowych	5.09.04.0000134	38.833	400,00
57	Podwiązanie naczynia krwionośnego - tętnic kończyny dolnej; udowa (wspólna, powierzchowna); podkolanowe; piszczelowe	5.09.04.0000135	38.838	400,00
58	Nakłucie otrzewnej - pobranie materiału do analiz	5.09.04.0000136	54.957	150,00
59	Arteriografia o innej lokalizacji	5.09.04.0000138	88.491	wg cennika
60	Oznaczenie przemieszczenia mózgu w linii środkowej	5.09.04.0000139	88.711	250,00
61	USG naczyń szyi – doppler	5.09.04.0000140	88.714	wg cennika diagnost. obrazowej
62	USG przezczaszkowa – doppler	5.09.04.0000141	88.716	wg cennika diagnost. obrazowej
63	USG naczyń nerkowych – doppler	5.09.04.0000142	88.751	wg cennika diagnost. obrazowej
64	Badanie USG zakrzepicy żył głębokich	5.09.04.0000143	88.771	wg cennika diagnost. obrazowej
65	USG naczyń narządów mięszowych - doppler	5.09.04.0000144	88.775	wg cennika diagnost. obrazowej
66	USG naczyń kończyn górnych - doppler	5.09.04.0000145	88.776	wg cennika diagnost. obrazowej
67	USG naczyń kończyn dolnych - doppler	5.09.04.0000146	88.777	wg cennika diagnost. obrazowej
68	USG innych obszarów układu naczyniowego - doppler	5.09.04.0000147	88.779	wg cennika diagnost. obrazowej
69	Monitorowanie rzutu serca inną techniką	5.09.04.0000148	89.68	1 000,00
70	Wstrzyknięcie lub wlew substancji fibrynolitycznej	5.09.04.0000149	99.10	60,00 zł + cena preparatu
71	Wstrzyknięcie antidotum	5.09.04.0000150	99.16	50,00 + cena leku
72	Leki - oznaczenie: Barbiturany, Diazepam, Metadon, Meprobamet	5.09.04.0000151	P49	wg cennika badań lab.
73	Lotne związki organiczne	5.09.04.0000152	P51	wg cennika badań lab.
74	Badanie bakteriologiczne, wirusologiczne	5.09.04.0000153		wg cennika badań lab.
75	TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.04.0000154	87.049	wg cennika diagnost. obrazowej
76	TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.04.0000155	88.388	wg cennika diagnost. obrazowej
77	Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.04.0000156	88.389	wg cennika diagnost. obrazowej

Załącznik do Uchwały nr 27/2021 Zarządu Copernicus PL Sp. z o.o. z dnia 30.08.2021 roku

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności IV

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
78	Endoskopowa cholangiografia wsteczna	5.09.04.0000157	51.11	1 700,00
79	Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D B-flow	5.09.04.0000158	88.774	420,00

* W przypadku zastosowania u pacjenta znieczulenia ogólnego (całkowitego dożylnego) do poniższych procedur, do ceny należy doliczyć koszt znieczulenia zgodnie z cennikiem

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności V

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
1	Zapewnienie transportu lotniczego do innego podmiotu leczniczego	5.09.05.0000004		wg cennika Lotniczego Pogotowia Ratunkowego
2	Inne zabiegi diagnostyczne mózgu i opon mózgowych	5.09.05.0000005	01.18	250,00
3	Przecięcie osierdzia, nacięcie osierdzia	5.09.05.0000006	37.12	2 500,00
4	Założenie cewnika czasowego do dializy	5.09.05.0000007	38.951	suma wykonanych procedur
5	Hemodializa	5.09.05.0000008	39.951	500,00 / zabieg
6	Ciągłe leczenie nerkozastępcze	5.09.05.0000009	39.952	wg TISS
7	Endoskopowe opanowanie krwawienia z przełyku	5.09.05.0000010	42.332	3 000,00
8	Endoskopowe opanowanie krwawienia żołądek/ dwunastnica	5.09.05.0000011	44.43	3 000,00
9	Kolonoskopia - inne	5.09.05.0000012	45.239	3 000,00
10	Fiberosigmoidoskopia	5.09.05.0000013	45.24	1 500,00
11	Poród samoistny bez nacięcia krocza	5.09.05.0000014	73.71	2 500,00
12	Poród samoistny z nacięciem krocza i następowym zeszcieniem	5.09.05.0000015	73.72	3 500,00
13	Położnicza tamponada macicy lub pochwy	5.09.05.0000016	75.8	1 000,00
14	Tomografia komputerowa - inne	5.09.05.0000023	88.38	wg cennika diagnost. obrazowej
15	Wyciąg za czaszkę za pomocą klamry Crutchfielda	5.09.05.0000028	93.412	5 000,00
16	Oksygenacja hiperbaryczna	5.09.05.0000029	93.95	wg faktury
17	Podanie leku trombolitycznego trzeciej generacji	5.09.05.0000030	99.103	60,00 + cena leku
18	24-godzinny dożylny wlew agonistów receptorów beta-adrenergicznych	5.09.05.0000031	99.296	700,00 + cena leków
19	24-godzinny dożylny wlew - innych leków inotropowo dodatnich	5.09.05.0000032	99.297	700,00 + cena leków
20	24-godzinny dożylny wlew leków wazodilatacyjnych	5.09.05.0000033	99.298	700,00 + cena leków
21	Czasowa stymulacja elektrodą zewnętrzną	5.09.05.0000034	99.625	1 000,00
22	Stymulacja elektrodą endokawitarną	5.09.05.0000035	99.626	3 000,00
23	RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.05.0000036	88.901	wg cennika diagnost. obrazowej
24	RM kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.05.0000037	88.903	wg cennika diagnost. obrazowej
25	RM kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.05.0000038	88.905	wg cennika diagnost. obrazowej
26	RM mózgu i pnia mózgu bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.05.0000039	88.912	wg cennika diagnost. obrazowej

Załącznik do Uchwały nr 27/2021 Zarządu Copernicus PL Sp. z o.o. z dnia 30.08.2021 roku

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności V

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
27	RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.05.0000040	88.924	wg cennika diagnost. obrazowej
28	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.05.0000041	88.936	wg cennika diagnost. obrazowej
29	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.05.0000042	88.937	wg cennika diagnost. obrazowej
30	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.05.0000043	88.938	wg cennika diagnost. obrazowej
31	RM szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.05.0000044	88.975	wg cennika diagnost. obrazowej
32	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5.09.05.0000045	88.976	wg cennika diagnost. obrazowej
33	Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR	5.09.05.0000179		suma wykonanych procedur
* W przypadku zastosowania u pacjenta znieczulenia ogólnego (całkowitego dożylnego) do poniższych procedur, do ceny należy doliczyć koszt znieczulenia zgodnie z cennikiem				

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

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
Kategoria czynności VI

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

Lp.	Nazwa procedury *	Kod produktu	Kod procedury	Cena w PLN
1	Kraniotomia - inne	5.09.06.0000001	01.24	10 000,00
2	Odbarczenie (mózgu)	5.09.06.0000002	01.241	2 080,00zł / za dobę
3	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	5.09.06.0000003	01.245	10 000,00
4	Torakotomia zwiadowcza	5.09.06.0000004	34.02	6 760,00
5	Arteriografia, nieokreślone miejsce	5.09.06.0000005	88.40	500,00
6	Podwiązanie naczynia krwionośnego - naczyń głowy/szyi - inne; tętnicy szyjnej wspólnej/zewnętrznej /wewnętrznej; żyły szyjnej zewnętrznej/wewnętrznej	5.09.06.0000006	38.832	400,00
7	Opanowanie krwotoku - inne	5.09.06.0000007	39.98	500,00
8	Laparotomia - inna	5.09.06.0000008	54.19	3 000,00
9	Cięcie cesarskie BNO	5.09.06.0000009	74.991	6 000,00
10	Respiratoroterapia	5.09.06.0000010	93.9	2 000,00 / za dobę
11	Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych (CPAP)	5.09.06.0000011	93.90	200,00 / godz. + cena leku
12	Oddychanie z przerywanym ciśnieniem dodatnim (IPPB)	5.09.06.0000012	93.91	200,00 / godz. + cena leku
13	Inna wentylacja mechaniczna	5.09.06.0000013	93.92	520,00
14	Wymuszona przerywana wentylacja (IMV)	5.09.06.0000014	96.72	520,00
15	Wentylacja z ciągłym dodatnim ciśnieniem końcowo-wydechowym (PEEP)	5.09.06.0000015	96.73	1 000,00
16	Wentylacja ze wspomaganie ciśnieniowym (PSV)	5.09.06.0000016	96.74	1 000,00
17	Ciągła wentylacja przez tracheostomię	5.09.06.0000017	96.75	1 000,00
18	Prowadzenie resuscytacji krążeniowo - oddechowo - mózgowej na stanowisku intensywnej terapii	5.09.06.0000018		2 080,00 / za dobę
19	Leczenie wstrząsu (niezależnie od etiologii)	5.09.06.0000019		2 000,00
20	Ogrzewanie w hipotermii (ogrzewanie wewnętrzne /zewnętrzne pacjenta)	5.09.06.0000020	99.852	3 500,00
21	Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT	5.09.06.0000021		700,00 / za dobę

* W przypadku zastosowania u pacjenta znieczulenia ogólnego (całkowitego dożylnego) do poniższych procedur, do ceny należy doliczyć koszt znieczulenia zgodnie z cennikiem

**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
39	ANTYGEN HBS	8,90

**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
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 MĘŻCZYŹN)	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
74	BADANIE PŁYNU Z JAM CIAŁA - BADANIE OGÓLNE Z PREPARATEM	11,10
75	BADANIE POPŁUCZYN PĘCHERZYK-OSKRZEL. BAL (JAKOŚCIOWO I ILOŚCIOWO) - DODATNI	39,90

**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
76	BADANIE POPŁUCZYN PĘCZERZYKOWO 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 (KANAL 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
111	BNP	51,00
112	BORDETELLA PERTUSIS IGM	35,50
113	C3 DOPEŁNIACZA	22,20

**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
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 MĘŻCZYZNY)	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
149	COXSACKIE IGG- PMR	243,60
150	CRP	5,60
151	CYKLOSPORYNA	66,50

**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
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 ZESZTYWNIĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (I INNYCH SPONDYLOARTROPATII) - HLA-B27	132,90
178	DIGOKSYNA	39,90
179	DIHYDROTTESTOSTERON	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
185	ECSTASY	22,20
186	ELASTAZA W KALE	97,50
187	ELEKTROFOREZA BIAŁEK W PMR	26,60
188	ELEKTROFOREZA BIAŁEK-MOCZ	26,60

**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
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
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

**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
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
261	IDENTYFIKACJA ALLOPRZECIWCIAŁ ODPORNOŚCIOWYCH I GRUPA KRWI - KONSULTACJA RCKIK	553,50
262	IDENTYFIKACJA PRĄTKÓW GRUŹLICY	144,00
263	IDENTYFIKACJA PRĄTKA GRUŹLICY (MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS) - manulana/automatyczna	144,00
264	IGA	11,10
265	IGD	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
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	IMMUNOFENOTYPIZACJA 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
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

**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
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 GRUŹLICY	453,90
323	LH	15,50
324	LIPAZA W SUROWICY	2,90
325	LIT	55,40
326	L-KARNITYNA	376,40
327	ŁAŃCUCHY KAPPA/LAMBDA WOLNE W MOCZU	106,30
328	ŁAŃCUCHY 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	MARIJUANA	28,80
335	MARKER NOWOTWOROWY (CA 72-4)	17,80
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

**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
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 SZYBKI TEST	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	ODCZYN BIERNACKIEGO (OB)	2,30
370	ODCZYN HEMAGLUTYNACJI KRĘTKÓW TPHA	11,10
371	ODCZYN LATEKSOWY	6,70
372	ODCZYN TPHA (JAKOŚCIOWO)	11,10
373	ODCZYN WAALER-ROSE'GO	6,70
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

**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
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, bylcy, 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 - pytek: brzoza brodawkowata, olcha szara, leszczyna, dąb, tymotka łąkowa, żyto, bylca, 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	PARVOWIRUS B19 DNA JAKOŚCIOWO	243,60
403	PASOŻYTY - IDENTYFIKACJA	5,60
404	PASOŻYTY W KALE - BADANIE POSZERZONE	5,60
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

**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
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
443	P-CIAŁA P/GLIADYNIE IGA I IGG (IF)	88,60
444	P-CIAŁA P/GRANULOCYITARNE ANCA TYP ŚWIECENIA	15,50
445	P-CIAŁA P/GRANULOCYITARNE CANCA	55,40
446	P-CIAŁA P/GRANULOCYITARNE 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

**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
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/TYROGLOBULINIE TG	17,80
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

**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
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 BEZPOŚREDNI	4,50
499	PMR - TPHA	11,10
500	PMR - VDRL	11,10
501	PMR CMV IGG	44,30
502	PMR POSIEW + IDENTYFIKACJA + 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
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 OGÓLNOĄ OCENĄ TLENOWEJ FLORY JELITOWEJ	17,80
527	POSIEW KRWI + PREPARAT BEZPOŚREDNI	35,50
528	POSIEW KRWI W KIERUNKU GRZYBÓW (91.821/831)	31,00

**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
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 PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO	17,80
544	POSIEW W KIERUNKU GRUŹLICY - METODĄ AUTOMATYCZNĄ	287,90
545	POSIEW W KIERUNKU GRZYBÓW DROŹDZOPODOBNYCH	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
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

**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
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 BŁADEGO - treponema pallidum	11,10
592	PREPARAT BEZPOŚREDNI W KIERUNKU PRAŃKÓW KWASOOPORNYCH	99,70
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 mocz)	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

**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
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
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 ANTYGENOWY COVID Wykrywanie antygeny (Ag) SARS-CoV-2 - test jakościowy	150,00
635	Test antygenowy COVID ¹ w języku angielskim Wykrywanie antygeny (Ag) SARS-CoV-2 - test jakościowy	200,00
636	TEST BEUTLER I BALUDA (BADANIE W KIERUNKU GALAKTOZEMII)	155,00
637	Test na koronawirusa - SARS-CoV-2 RT PCR (wymaz)	400,00
638	Test na koronawirusa - SARS-CoV-2 RT PCR (wymaz) wraz z wynikiem w języku angielskim	450,00
639	TEST TOLERANCJI GLUKOZY (50G - 0,1H)	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
640	TEST TOLERANCJI GLUKOZY (75G - 0, 1H, 2H)	4,00
641	TEST TOLERANCJI GLUKOZY (75G - 0, 2H)	2,70
642	TESTOSTERON	13,30
643	TESTOSTERON WOLNY	66,50
644	TIBC (PAKIET - FE, UIBC, TIBC)	4,50
645	TIOPENTAL	177,20
646	TOXOCAROZA	26,60
647	TOXOCAROZA IGG AVIDNOŚĆ	265,70
648	TOXOPLAZMA W-B	929,90
649	TRANSFERYNA	8,90
650	TRANSFERYNA IZOFORMY CD-GS	265,70
651	TRIJODOTYRONINA CAŁKOWITA TT3	8,90
652	TROPONINA T	20,00
653	TRÓJGLICERYDY (TG)	1,80
654	TRÓJJODOTYRONINA (FT3)	5,80
655	TRYPTAZA	210,40
656	TYREOGLOBULINA	24,40
657	TYREOTROPINA (TSH)	4,50
658	TYROKSYNA TT4	8,90
659	TYROKSYNA WOLNA (FT4)	5,80
660	UIBC	4,00
661	USR	5,60
662	VDRL (ILOŚCIOWO)	11,10
663	VDRL (JAKOŚCIOWO)	8,90
664	WANKOMYCINA	31,00
665	WAPŃ	1,80
666	WAPŃ W MOCZU	2,30
667	WAPŃ ZJONIZOWANY	1,80
668	WAZOPRESYNA (ADH)	442,80
669	WB TOKSOKAROZA	553,50
670	WIROWANIE	2,80
671	WIRUS ODRY IGG-SUR.	112,20
672	WIRUS ODRY IGM-SUR.	126,20
673	WIRUS VARICELLA ZOSTER IGM	44,30
674	WITAMINA 25-OH D3	37,70
675	WITAMINA A	132,90
676	WITAMINA A+E	177,20
677	WITAMINA B1	132,90
678	WITAMINA B12	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
679	WITAMINA E	155,00
680	WOLNA HEMOGLOBINA W OSOCZU	97,50
681	WSK.CA/CRE	2,70
682	WYKRYWANIE ANTYGENU LEGIONELLA PNEUMOPHILA W MOCZU	168,30
683	WYKRYWANIE ANTYGENU RSV W WYMAZIE Z JAMY NOSOWO-GARDŁOWEJ	51,00
684	WYKRYWANIE ANTYGENU STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE W MOCZU	55,40
685	WYKRYWANIE MYCOPLASMA H. I UREOPLASMA U. (WYMAZ Z DRÓG RODYCH U KOBIET, W MOCZU U MEŻCZYŹN)	84,20
686	WYMAZ Z KANAŁU SZYJKI MACICY	17,80
687	WYMAZ Z KANAŁU SZYJKI MACICY NA BEZTLENOWCE	17,80
688	WYMAZ Z POCHWY	17,80
689	WYMAZ Z POCHWY - DODATNI	39,90
690	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
691	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	Łopatka 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. ciemniaczk	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	Tarczycyca	60,00
110	TRUS	100,00

Załącznik do Uchwały nr 27/2021 Zarządu Copernicus PL Sp. z o.o. z dnia 30.08.2021 roku

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 przecięmiączkowe	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	Cystouretografia mikcyjna z kontrastem – CUM	150,00	
BIOPSJA			
156	Biopsja cienkoigłowa pod kontrolą USG	130,00	

Załącznik do Uchwały nr 27/2021 Zarządu Copernicus PL Sp. z o.o. z dnia 30.08.2021 roku
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