

KATALOG ŚWIADCZEŃ ODREBNIIE KONTRAKTOWANYCH												
Lp	KOD	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	WARTOŚĆ PUNKTOWA	WARUNKI WYKONANIA								UWAGI
				AMBULATORYJNE	JEDNODNIOWE	TYP I	TYP II	TYP III	ZGODA PŁATNIKA	OŚRODEK REFERENCYJNY	DOKUMENTACJA ROZSZERZONA	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	5.10.00.0000001	DIALIZA OTRZEWNOWA ADO (NA MIESIĄC, PEŁNE KOSZTY I BADANIA DODATKOWE, W TYM ERYTROPOETYNA)	580	X	X	X	X	X	X			WG. OPISANEGO STANDARDU, MOŻNA SUMOWAĆ
2	5.10.00.0000002	DIALIZA OTRZEWNOWA CAD0 (NA MIESIĄC, PEŁNE KOSZTY I BADANIA DODATKOWE, W TYM ERYTROPOETYNA)	450	X	X	X	X	X	X			WG. OPISANEGO STANDARDU, MOŻNA SUMOWAĆ
3	5.10.00.0000003	HEMODIALIZA ( Z TRANSPORTEM , W TYM Z LECZENIEM NIEDOKRWISTOŚCI ERYTROPOETYNĄ )	37	X	X	X	X	X	X			WG. OPISANEGO STANDARDU, MOŻNA SUMOWAĆ
4	5.10.00.0000004	HEMODIALIZA ( Z TRANSPORTEM )	29	X	X	X	X	X	X			WG. OPISANEGO STANDARDU, MOŻNA SUMOWAĆ
5	5.10.00.0000005	TERAPIA HIPERBRYCZNA ( 1 SPRĘŻENIE U JEDNEGO CHOREGO )	51	X	X					X		WG. OPISANEGO STANDARDU
6	5.10.00.0000006	TLENOTERAPIA W WARUNKACH DOMOWYCH ( KOSZT TERAPII MIESIĘCZNEJ ZAWIERA - KOSZTY ŚRODKÓW TECHNICZNYCH )	32	X						X		WG. OPISANEGO STANDARDU
7	5.10.00.0000007	ŻYWIENIE POZAJELITOWE DOROSŁYCH W WARUNKACH DOMOWYCH (ZA OSOBODZIEŃ)	20	X					X	X		WG. OPISANEGO STANDARDU
8	5.10.00.0000008	ŻYWIENIE POZAJELITOWE DZIECI W WARUNKACH DOMOWYCH (ZA OSOBODZIEŃ)	50	X					X	X		WG. OPISANEGO STANDARDU
9	5.10.00.0000009	DIALIZOTERAPIA WĄTROBOWA - JEDNA SESJA	1400					X	X	X		BEZ UWAG
10	5.10.00.0000010	ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIKA AORTY PIERSIOWEJ I / LUB BRZUSZNEJ	4200				X	X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI
11	5.10.00.0000011	EMBOlizACJA TĘTNIĄKÓW WEWNĄTRZCZASZKOWYCH ( 2-3 SPIRALE )	2100				X	X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI
12	5.10.00.0000012	EMBOlizACJA TĘTNIĄKÓW WEWNĄTRZCZASZKOWYCH ( 4-6 SPIRALE )	2600				X	X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI

Lp	KOD	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	WARTOŚĆ PUNKTOWA	WARUNKI WYKONANIA							UWAGI	
				AMBULATORYJNE	JEDNODNIOWE	TYP I	TYP II	TYP III	ZGODA PŁATNIKA	OŚRODEK REFERENCYJNY		DOKUMENTACJA ROZSZERZONA
13	5.10.00.0000013	EMBOlizACJA / REMODELOWANIE WEWNĄTRZCZASZKOWE TĘTNIAKÓW OLBRYMICH ( ŚREDNIO 10 SPIRAL )	3900				X	X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI
14	5.10.00.0000014	EMBOlizACJA NACZYNIÓW WEWNĄTRZCZASZKOWYCH	1000				X	X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI
15	5.10.00.0000015	TROMBOLIZA CELOWANA W UDARACH NIEDOKRWIENNYCH MÓZGU	1000				X	X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI
16	5.10.00.0000016	BADANIE ANTYGENÓW ZGODNOŚCI TKANKOWEJ PRZY TYPOWANIU DAWCÓW SZPIKU	50	X					X	X		BEZ UWAG
17	5.10.00.0000017	KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA GENETYCZNA W ROZPOZNAWANIU CHOROÓB O PODŁOŻU DZIEDZICZNYM	60	X					X	X		BEZ UWAG
18	5.10.00.0000018	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY - PORADA KWALIFIKACYJNA	35	X						X		WG. OPISANEGO STANDARDU ( NIE MOŻNA ŁĄCZYĆ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI Z SPECJALISTYKI AMBULATORYJNEJ )
19	5.10.00.0000019	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY - PODANIE IZOTOPU	30	X	X					X		WG. OPISANEGO STANDARDU
20	5.10.00.0000020	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY - PORADA KONTROLNA	10	X						X		WG. OPISANEGO STANDARDU ( NIE MOŻNA ŁĄCZYĆ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI Z SPECJALISTYKI AMBULATORYJNEJ )
21	5.10.00.0000021	SCYNTYGRAFIA Z ZASTOSOWANIEM POCHODNYCH SOMATOSTATYNY	500	X						X		BEZ UWAG
22	5.10.00.0000022	SCYNTYGRAFIA NADNERCZY	200	X						X		BEZ UWAG
23	5.10.00.0000023	SCYNTYGRAFIA WENTYLACYJNA PŁUC	150	X						X		BEZ UWAG
24	5.10.00.0000024	SCYNTYGRAFIA CYTRYNIANEM GALU	320	X						X		BEZ UWAG
25	5.10.00.0000025	SCYNTYGRAFIA ZNAKOWANYMI LEUKOCYTAMI	230	X						X		BEZ UWAG

Lp	KOD	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	WARTOŚĆ PUNKTOWA	WARUNKI WYKONANIA								UWAGI	
				AMBULATORYJNE	JEDNODNIOWE	TYP I	TYP II	TYP III	ZGODA PŁATNIKA	OŚRODEK REFERENCYJNY	DOKUMENTACJA ROZSZERZONA		
26	5.10.00.0000026	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI - PORADA KWALIFIKACYJNA	50	X							X		WG. OPISANEGO STANDARDU ( NIE MOŻNA ŁĄCZYĆ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI Z SPECJALISTYKI AMBULATORYJNEJ )
27	5.10.00.0000027	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI - PODANIE IZOTOPU STRONTU	250	X	X						X		WG. OPISANEGO STANDARDU
28	5.10.00.0000028	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI - PODANIE IZOTOPU SAMARU I LUB RENU	500	X	X						X		BEZ UWAG
29	5.10.00.0000029	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI - PORADA KONTROLNA	15	X							X		WG. OPISANEGO STANDARDU ( NIE MOŻNA ŁĄCZYĆ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI Z SPECJALISTYKI AMBULATORYJNEJ )
30	5.10.00.0000030	TERAPIA IZOTOPOWA SYNOWEKTOMII RADIOIZOTOPOWYCH	200	X	X						X		WG. OPISANEGO STANDARDU
31	5.10.00.0000031	TERAPIA IZOTOPOWA DAWKAMI PRZEKRACZAJĄCYMI 30mCi - KWALIFIKACJA DO LECZENIA	90	X	X	X					X		WG. OPISANEGO STANDARDU ( NIE MOŻNA ŁĄCZYĆ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI Z SPECJALISTYKI AMBULATORYJNEJ )
32	5.10.00.0000032	TERAPIA IZOTOPOWA DAWKAMI PRZEKRACZAJĄCYMI 30mCi - LECZENIE 131 - I	300	X	X						X		WG. OPISANEGO STANDARDU
33	5.10.00.0000033	TERAPIA IZOTOPOWA DAWKAMI PRZEKRACZAJĄCYMI 30mCi - LECZENIE ZMIAN PRZERZUTOWYCH RAKA TARCZYCY	200	X	X						X		WG. OPISANEGO STANDARDU
34	5.10.00.0000034	TERAPIA IZOTOPOWA DAWKAMI PRZEKRACZAJĄCYMI 30mCi - LECZENIE Z ZASTOSOWANIEM J 131 - META-JODO-BENZYL-GUANIDYNY	900	X	X						X		WG. OPISANEGO STANDARDU
35	5.10.00.0000035	TERAPIA IZOTOPOWA DAWKAMI PRZEKRACZAJĄCYMI 30mCi - PORADA KONTROLNA	15	X							X		WG. OPISANEGO STANDARDU ( NIE MOŻNA ŁĄCZYĆ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI Z SPECJALISTYKI AMBULATORYJNEJ )
36	5.10.00.0000036	ZAOPATRZENIE W PROTEZĘ TWARZY Z PROTEZĄ	36	X									BEZ UWAG
37	5.10.00.0000037	ZAOPATRZENIE W PROTEZĘ NOSA. Z PROTEZĄ	410	X									BEZ UWAG
38	5.10.00.0000038	ZAOPATRZENIE W PROTEZĘ MAŁŻOWINY USZNEJ Z PROTEZĄ	410	X									BEZ UWAG

Lp	KOD	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	WARTOŚĆ PUNKTOWA	WARUNKI WYKONANIA							UWAGI	
				AMBULATORYJNE	JEDNODNIOWE	TYP I	TYP II	TYP III	ZGODA PŁATNIKA	OŚRODEK REFERENCYJNY		DOKUMENTACJA ROZSZERZONA
39	5.10.00.0000039	ZAOPATRZENIE W EKTOPROTEZĘ - GAŁKI OCZNEJ, WARGI I NOSA	490	X								BEZ UWAG
40	5.10.00.0000040	NAPRAWA I RENOWACJA PROTEZY TWARZY	45	X								BEZ UWAG