

## Wyciąg Cennika Usług Medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej obowiązujący od dnia 1 kwietnia 2026 roku

Niniejszy wyciąg cennika dotyczy w szczególności:

1. Udzielania świadczeń pacjentom nieposiadającym uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
2. Świadczeń nieobjętych katalogiem świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych lub w przypadku, gdy placówka nie posiada umowy z NFZ na realizację danego rodzaju świadczeń.
3. Świadczeń realizowanych zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjentów, na ich wyraźną prośbę.

Pełny cennik usług medycznych dostępny jest do wglądu w rejestracji placówki.

### **Porady lekarskie poza umową z NFZ**

(bez badań diagnostycznych i zabiegów)

lp.	Nazwa	Kod KS-Somed	VAT	Cena brutto
1	PORADA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	PŁ_POZ	zw	150,00 zł
2	PORADA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA DZIECI	PŁ_POZ_DZIECI	zw	180,00 zł
3	WYPISANIE RECEPTY DLA PACJENTA	PŁ_RECEPTA	zw	50,00 zł
4	WIZYTA DOMOWA LEKARZA POZ	PŁ_WIZYTA_DOM	zw	300,00 zł
5	PORADA POZ W RAMACH NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	PŁ_3010	zw	200,00 zł

### **Pozostałe badania diagnostyczne**

lp.	Nazwa	Kod KS-Somed	VAT	Cena brutto
1	BADANIE POZIOMU GLUKOZY	PŁ_INNE_068	zw	11,00 zł
2	CRP (ILOŚCIOWO) -TEST- SZYBKIE OZNACZENIE	PŁ_INNE_058	zw	40,00 zł
3	EKG	PŁ_INNE_005	zw	30,00 zł
4	EKG + OPIS	PŁ_INNE_006	zw	35,00 zł
5	OBLICZENIE BMI	PŁ_INNE_071	zw	10,00 zł
6	POBRANIE KRWI PRZEZ PIELEŃNIARKĘ LUB POŁOŻNĄ	PŁ_INNE_076	zw	30,00 zł
7	PODANIE DOUSTNE LEKU	PŁ_INNE_065	zw	7,00 zł
8	PODANIE LEKU DOMIĘŚNIOWO	PŁ_INNE_066_01	zw	45,00 zł
9	PODANIE LEKU DOŻYLNIE	PŁ_INNE_066_02	zw	65,00 zł
10	POMIAR CIŚNIENIA TĘTNICZEGO	PŁ_INNE_069	zw	10,00 zł
11	PRÓBA OZIĘBIENIA I UCISKOWA	PŁ_INNE_050	zw	35,00 zł
12	PRÓBA WYSIŁKOWA NA BIEŻNI RUCHOMEJ	PŁ_INNE_010	zw	260,00 zł
13	STREP-TEST_SZYBKI TEST	PŁ_INNE_067	zw	35,00 zł
14	TEST ANTYGENOWY 6 W 1: COVID-19, GRYPA TYPU A+B, RSV, ADENOWIRUS, MYCOPLASMA PNEUMONIAE - SZYBKIE OZNACZENIE	PŁ_INNE_064	zw	45,00 zł



lp.	Nazwa	Kod KS-Somed	VAT	Cena brutto
15	TEST COMBO FLUORECARE 4 W 1 COVID-19, GRYPA A+B, RSV - TEST - SZYBKIE OZNACZENIE	PŁ_INNE_063	zw	35,00 zł
16	TROPONINA SERCOWA I - SZYBKI TEST KASETKOWY	PŁ_INNE_073	zw	20,00 zł

**Szczepienia ochronne**

- bez porady lekarskiej
- w cenę szczepienia wliczono usługę pielęgniarską

lp.	Nazwa	Kod KS-Somed	VAT	Cena brutto
1	KWALIFIKACJA DO SZCZEPIONIA_(NP. PACJENT NIEZDEKLAROWANY DO MCM)	PŁ_SZCZ_KW	zw	50,00 zł
2	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ ADACEL (P/BŁONNICZY, TĘŻCOWI, KRZTUŚCOWI (DTaP) Z OBNIŻONĄ ZAWARTOŚCIĄ ANTYGENÓW BŁONNICZY I KRZTUŚCA)	PŁ_SZCZ_22	zw	120,00 zł
3	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ BEXSERO (P/MENINGOKOKOM DLA DZIECI OD 2 M-CA ŻYCIA TYP B)	PŁ_SZCZ_46	zw	460,00 zł
4	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ ENGERIX B 20 MCG (P/WZW)	PŁ_SZCZ_04	zw	115,00 zł
5	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ ENGERIX B 20 MCG (P/WZW) - ŻÓŁTY TYDZIEŃ	PŁ_SZCZ_32	zw	110,00 zł
6	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ FSME (P/KLESZCZOWEMU ZAPALENIU MÓZGU DLA DOROSŁYCH)	PŁ_SZCZ_28	zw	160,00 zł
7	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ FSME JUNIOR 0,25 (P/KLESZCZOWEMU ZAPALENIU MÓZGU DLA DZIECI OD 12 M-CA ŻYCIA)	PŁ_SZCZ_26	zw	150,00 zł
8	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ HAVRIX ADULT (WZW TYP A)	PŁ_SZCZ_08	zw	250,00 zł
9	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ HEXACIMA/HEXYON (P/BŁONICA, TĘŻEC, KRZTUSIEC, POLIO, HEMOPHILUS INFLUENZA WZWB (6 W 1))	PŁ_SZCZ_40	zw	240,00 zł
10	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ INFANRIX IPV+HIB (P/BŁONICA, TĘŻEC, KRZTUSIEC, POLIO, HEMOPHILUS INFLUENZA (5 W 1))	PŁ_SZCZ_12	zw	190,00 zł
11	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ MENQUADFI (P/MENINGOKOKOM DLA DZIECI OD 12 M-CA ŻYCIA) TYP ACWY	PŁ_SZCZ_52	zw	220,00 zł
12	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ NIMENRIX (P/MENINGOKOKOM DLA DZIECI OD 6 TYG. ŻYCIA) TYP ACWY	PŁ_SZCZ_39	zw	220,00 zł
13	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ PREVENAR 13 (P/PNEUMOKOKOM 13-WALENTNA)	PŁ_SZCZ_24	zw	300,00 zł
14	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ PREVENAR 20 (P/PNEUMOKOKOM 20-WALENTNA)	PŁ_SZCZ_51	zw	310,00 zł
15	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ PRIORIX (P/ODRZE, ŚWINCE, RÓŻYCZCE)	PŁ_SZCZ_16	zw	170,00 zł
16	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ TETANA (P/TĘŻCOWA DLA DOROSŁYCH)	PŁ_SZCZ_50	zw	80,00 zł
17	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ TYPHIM VI (P/DUROWI BRZUSZNEMU)	PŁ_SZCZ_48	zw	260,00 zł
18	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ VARILRIX (P/OSPIE WIETRZNEJ)	PŁ_SZCZ_19	zw	310,00 zł
19	SZCZEPIONIE SZCZEPIONKĄ VAXIGRIP TETRA (P/GRYPIE)	PŁ_SZCZ_20	zw	50,00 zł
20	WYDANIE MIĘDZYNARODOWEJ KSIĄŻECZKI SZCZEPIEŃ	PŁ_KSIĄŻ_SZCZEP*	23%	40,00 zł

**Zabiegi chirurgiczne, diagnostyczne i terapeutyczne**

lp.	Nazwa	Kod KS-Somed	VAT	Cena brutto
1	INHALACJA	PŁ_ZAB_096	zw	35,00 zł
2	INIEKCJA DOMIĘŚNIOWA	PŁ_ZAB_097	zw	35,00 zł
3	INIEKCJA DOŻYLNIA	PŁ_ZAB_099	zw	60,00 zł
4	INIEKCJA PODSKÓRNA	PŁ_ZAB_100	zw	35,00 zł
5	INIEKCJA ŚRÓDSKÓRNA	PŁ_ZAB_138	zw	35,00 zł
6	NASTAWIENIE ZŁAMANIA I/LUB UNIERUCHOMIENIE ZEWNĘTRZNE	PŁ_ZAB_008	zw	200,00 zł
7	OPATRUNEK DROBNYCH URAZÓW (SKRĘCENIA, ZWICHNIĘCIA, NIESKOMPLIKOWANE ZŁAMANIA)	PŁ_ZAB_161	zw	90,00 zł
8	OPATRUNEK NA OWRZODZENIE	PŁ_ZAB_102	zw	50,00 zł
9	PŁUKANIE KANALIKÓW ŁZOWYCH	PŁ_ZAB_152	zw	150,00 zł
10	PŁUKANIE OKA	PŁ_ZAB_160	zw	25,00 zł
11	PŁUKANIE UCHA	PŁ_ZAB_143	zw	40,00 zł
12	USUNIĘCIE CIAŁA OBCEGO (NP. KLESZCZA)	PŁ_ZAB_062	zw	45,00 zł
13	USUNIĘCIE SZWÓW/KLAMEREK (POZA WIZYTĄ U LEKARZA)	PŁ_ZAB_016	zw	70,00 zł
14	WLEW KROPOWY	PŁ_ZAB_159	zw	45,00 zł
15	ZAŁOŻENIE LUB ZMIANA CEWNIKA FOLEYA	PŁ_ZAB_107	zw	70,00 zł
16	ZAŁOŻENIE OPATRUNKU	PŁ_ZAB_141	zw	30,00 zł
17	ZMIANA OPATRUNKÓW	PŁ_ZAB_088	zw	30,00 zł

**Udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta**

Opłata nie jest pobierana w przypadku, gdy dotyczy to dokumentacji medycznej udostępnianej po raz pierwszy lub w innych przypadkach określonych w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z późn. zm.

lp.	Nazwa	Kod KS-Somed	Cena brutto
1	UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ - KOPIA/WYDRUK - 1 STRONA	DOK_KOPIA	0,50 zł
2	UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ - UWIERZYTELNIONA KOPIA/WYDRUK - 1 STRONA	DOK_KOPIA_UW	0,55 zł
3	UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ - ODPIS - 1 STRONA	DOK_ODPIS	16,00 zł
4	UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ - WYCIĄG - 1 STRONA	DOK_WYCIĄG	16,00 zł
5	UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NA INFORMATYCZNYM NOŚNIKU DANYCH_CD	DOK_CD	3,25 zł
6	OPŁATA PRZESYŁOWA (ZA PRZESŁANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NA WNIOSEK PACJENTA) - KOPERTA FORMAT M	DOK_WYSYŁKA_M	13,00 zł
7	OPŁATA PRZESYŁOWA (ZA PRZESŁANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NA WNIOSEK PACJENTA) - KOPERTA FORMAT L	DOK_WYSYŁKA_L	19,00 zł