



## PAKIET PREMIUM - Zakres Świadczeń

usługi realizowane w placówkach własnych sieci  
LUX MED, Medycyna Rodzinna oraz placówkach współpracujących

### 24h Telefoniczna Informacja Medyczna

Pacjenci dzwoniący z problemem zdrowotnym na infolinię mogą uzyskać pomoc przez całą dobę. Zespół TIM tworzą doświadczeni lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni, którzy zbierają od dzwoniącego informacje i starają się doradzić, jakie działania należy w danej sytuacji podjąć. Posiadają także informacje o dyżurach aptek i szpitali.

### Rabat 10% na pozostałe usługi świadczone przez LUX MED i Medycynę Rodzinną

Pacjentowi przysługuje 10% rabatu na świadczenia zdrowotne oferowane w Placówkach własnych LUX MED – dotyczy placówek sieci LUX MED i Medycyny Rodzinnej wymienionych na stronie www.luxmed.pl. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

### Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUX MED

Pacjentowi przysługuje 10% rabatu na wszystkie procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUX MED. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

### Rabat 10% na usługi medyczne oferowane w Szpitalu Carolina Medical Center

Pacjentowi przysługuje 10% rabatu na wszystkie procedury medyczne oferowane przez Sport Medica SA w placówce Carolina Medical Center (informacje o placówce znajdują się na www.carolina.pl). Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabat nie obejmuje cen materiałów medycznych takich jak gips lekki, implanty, ortozy, stabilizatory, zespolenia ortopedyczne, szwy łąkotkowe, oraz cen leków podawanych do iniekcji dostawowych i dożylnych. Rabatów nie sumuje się.

### Internistyczny/pediatryczny dyżur infekcyjny

Każdorazowo proszę o kontakt z infolinią LUX MED, aby potwierdzić możliwość odbycia konsultacji. W dniu redagowania niniejszego dokumentu taka możliwość funkcjonowała w miastach: Warszawa, Wrocław oraz Kraków.

### Konsultacje specjalistów wariant podstawowy

Usługa obejmuje nielimitowane wizyty w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.

Usługa zawiera: wywiad, poradę Lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- interny  pediatrii  Lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga:

Usługa Konsultacje specjalistów wariant podstawowy nie obejmuje: konsultacji Lekarzy dyżurnych, konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

### Konsultacje specjalistów

Usługa obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji Lekarzy w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego.

Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. W przypadku:

Pacjentów powyżej 18 r.ż. – wizyty bez skierowania dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- |                                                       |                                                  |                                                  |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> alergologii       | <input checked="" type="checkbox"/> hematologii  | <input checked="" type="checkbox"/> ortopedii    |
| <input checked="" type="checkbox"/> chirurgii ogólnej | <input checked="" type="checkbox"/> kardiologii  | <input checked="" type="checkbox"/> pulmonologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> dermatologii      | <input checked="" type="checkbox"/> laryngologii | <input checked="" type="checkbox"/> proktologii  |
| <input checked="" type="checkbox"/> diabetologii      | <input checked="" type="checkbox"/> nefrologii   | <input checked="" type="checkbox"/> reumatologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> endokrynologii    | <input checked="" type="checkbox"/> neurologii   | <input checked="" type="checkbox"/> urologii     |
| <input checked="" type="checkbox"/> gastroenterologii | <input checked="" type="checkbox"/> okulistyki   |                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> ginekologii       | <input checked="" type="checkbox"/> onkologii    |                                                  |

Pacjentów do 18 r.ż. – wizyty bez skierowania dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- |                                                              |                                                  |                                               |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> chirurgii                | <input checked="" type="checkbox"/> laryngologii | <input checked="" type="checkbox"/> ortopedii |
| <input checked="" type="checkbox"/> dermatologii             | <input checked="" type="checkbox"/> neurologii   |                                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> ginekologii (od 16 r.ż.) | <input checked="" type="checkbox"/> okulistyki   |                                               |

Pacjentów powyżej 18 r.ż. – wizyty wymagają skierowania od Lekarza ambulatoryjnej Placówki medycznej wskazanej przez LUX MED i dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- |                                                             |                                                    |                                                             |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> chirurgii onkologicznej | <input checked="" type="checkbox"/> neurochirurgii | <input checked="" type="checkbox"/> rehabilitacji medycznej |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

Pacjentów do 18 r.ż. – wizyty wymagają skierowania od Lekarza ambulatoryjnej Placówki medycznej wskazanej przez LUX MED i dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- |                                                       |                                                  |                                              |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> alergologii       | <input checked="" type="checkbox"/> nefrologii   | <input checked="" type="checkbox"/> urologii |
| <input checked="" type="checkbox"/> gastroenterologii | <input checked="" type="checkbox"/> pulmonologii |                                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> kardiologii       | <input checked="" type="checkbox"/> reumatologii |                                              |

Uwaga:

Usługa Konsultacje specjalistów nie obejmuje: konsultacji Lekarzy dyżurnych, konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. Również pozostałe konsultacje są odpłatne.

### E-konsultacje medyczne

LUX MED udostępnia Pacjentom możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z e-konsultacji medycznych mogą skorzystać Pacjenci, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa e-konsultacji z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce CZAT. Pacjent może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.

Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Pacjenta, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. E-konsultacja medyczna udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez Pacjenta do Portalu Pacjenta, a treść e-konsultacji jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Pacjenta. W zakres e-konsultacji wchodzi niżej wymienione porady specjalistów medycznych, które nie wymagają osobistego kontaktu ze specjalistą.

Usługa obejmuje e-konsultacje medyczne w następującym zakresie

- |                                                                             |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> interny/medycyny rodzinnej (od 18 r.ż.) | <input checked="" type="checkbox"/> pielęgniarstwa pediatrycznego |
| <input checked="" type="checkbox"/> pediatrii (do 18 r.ż.)                  | <input checked="" type="checkbox"/> położnictwa                   |

Uwaga:

E-konsultacja medyczna ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej. W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie e-konsultacji może odmówić zdalnej porady i skierować Pacjenta na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas e-konsultacji medycznej nie są wystawiane recepty, oraz skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące.

## Zabiegi pielęgniarские

Usługi obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi w tym diagnostyczne, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie lub na zlecenie Lekarza, w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji Lekarza, do których Pacjent jest uprawniony w ramach zakresu usług, wieku Pacjenta i dostępności zabiegu w ambulatoryjnej Placówce medycznej wskazanej przez LUX MED.

Zabiegi pielęgniarские obejmują:

### Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarские:

- |                                                                                        |                                                                                        |                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Iniekcja dożylna                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały    | <input checked="" type="checkbox"/> Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza)   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Iniekcja podskórna / domięśniowa                   | <input checked="" type="checkbox"/> Pobranie krwi                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kroplówka w sytuacji doraźnej                      | <input checked="" type="checkbox"/> Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza) |                                                                                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej         |                                                                                        |                                                                                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza) |                                                                                        |                                                                                             |

Uwaga: Materiały i środki medyczne takie, jak: opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, użyte do ww. zabiegów są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów od Pacjenta pobierana jest opłata.

## Zabiegi ambulatoryjne

Usługi obejmujące pomiary podstawowe zabiegi, w tym diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej. Zgodnie z kompetencjami wykonywane przez Lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji Lekarza, do których Pacjent jest uprawniony w ramach zakresu usług, wieku Pacjenta i dostępności zabiegu w wyznaczonej ambulatoryjnej Placówce medycznej wskazanej przez LUX MED.

Zabiegi ambulatoryjne obejmują:

### Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- |                                                              |                                                                 |                                                                          |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mierzenie RR / ciśnienia | <input checked="" type="checkbox"/> Pomiar wzrostu i wagi ciała | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

### Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Szycie rany do 1,5 cm                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza Placówkami medycznymi wskazanymi przez LUX MED – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza LUX MED (nie wykonujemy zdejmowania szwów po porodzie) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie kleszcza – chirurgiczne                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED |                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne                                                       |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego) |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                     |

### Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- |                                                                               |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie | <input checked="" type="checkbox"/> Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Placówkami medycznymi wskazanymi przez LUX MED – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza LUX MED |
| <input checked="" type="checkbox"/> Katetyzacja trąbki słuchowej              | <input checked="" type="checkbox"/> Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Płukanie ucha                             | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED | <input checked="" type="checkbox"/> Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha      | <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza                                                                                    |                                                                                                                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Proste opatrunki laryngologiczne          |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Koagulacja naczyń przegrody nosa          |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa   |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie tamponady nosa                  |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                       |

### Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- |                                                                                                          |                                                                                 |                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Standardowe* badanie dna oka                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Badanie ostrości widzenia                   | <input checked="" type="checkbox"/> Standardowe* badanie widzenia przestrzennego               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) | <input checked="" type="checkbox"/> Standardowe* badanie autorefraktometrem     | <input checked="" type="checkbox"/> Płukanie kanałków łzowych (dot. Pacjentów powyżej 18 r.ż.) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gonioskopia (ocena kąta przesączania)                                | <input checked="" type="checkbox"/> Podanie leku do worka spojówkowego          |                                                                                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Usunięcie ciała obcego z oka                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego |                                                                                                |

### Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:

- |                                                                                              |                                                                            |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy | <input checked="" type="checkbox"/> Przygotowanie gips tradycyjny – opaska | <input checked="" type="checkbox"/> Zdjęcie gipsu – kończyna górna                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nastawienie zwłchnięcia lub złamania                     | <input checked="" type="checkbox"/> Założenie gipsu                        | <input checked="" type="checkbox"/> Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały |
|                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> Zdjęcie gipsu – kończyna dolna         |                                                                                     |

### Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:

- Standardowa\* dermatoskopia

### Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej\* cytologii z szyjki macicy

### Zabiegi ambulatoryjne alergologiczne:

- Odczulanie wraz z konsultacją alergologa

### Znieczulenia:

- Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne

Uwaga:

Materiały i środki medyczne takie, jak: gips tradycyjny, opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów, od Pacjenta pobierana jest opłata.

\* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

## Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi

Usługa obejmuje w ramach profilaktyki chorób zakaźnych szczepienia przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyna przeciw tężcowi).

Usługa składa się z:

- konsultacji lekarskiej przed szczepieniem
- szczepionki (preparat)

- wykonania usługi pielęgniarstwa w postaci iniekcji

Szczepienia przeciwko grypie realizowane są w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED.

## Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Usługa jest dostępna dla Pacjentów, którzy ukończyli 18 r.ż. i jest realizowana wyłącznie w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED. Usługa obejmuje jednorazowe wykonanie bez skierowania Lekarza (w ciągu 12 miesięcy okresu obowiązywania umowy), panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

- |                                                                               |                                                           |                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mocz – badanie ogólne                     | <input checked="" type="checkbox"/> Cholesterol całkowity | <input checked="" type="checkbox"/> Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla Pacjentów już od 16 r.ż.) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny | <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza na czczo      |                                                                                                                  |

\* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

## Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa

Usługa obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez Lekarzy ambulatoryjnych Placówek medycznych wskazanych przez LUX MED, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. placówkach.

## Diagnostyka laboratoryjna

Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- |                                                                               |                                                              |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi   | <input checked="" type="checkbox"/> Płytki krwi manualnie    | <input checked="" type="checkbox"/> APTT       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny | <input checked="" type="checkbox"/> INR / Czas protrombinowy | <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinogen |
| <input checked="" type="checkbox"/> OB / ESR                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Czas trombinowy – TT     |                                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rozmaz ręczny krwi                        | <input checked="" type="checkbox"/> D – Dimery               |                                                |

Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- |                                                                                         |                                                                                                        |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CRP ilościowo                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Transferyna                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transaminaza GPT / ALT                              | <input checked="" type="checkbox"/> Magnez / Mg                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Tyreoglobulina                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transaminaza GOT / AST                              | <input checked="" type="checkbox"/> Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Apolipoproteina A1                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Amylaza                                             | <input checked="" type="checkbox"/> Potas / K                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Lipaza                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Albuminy                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Proteinogram                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Miedź                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Białko całkowite                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Sód / Na                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Kortyzol po południu                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Białko PAPP – a                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Trójglicerydy                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Kortyzol rano                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bilirubina całkowita                                | <input checked="" type="checkbox"/> Wapń / Ca                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Prolaktyna 120' po obciążeniu MCP 1 tabl.  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bilirubina bezpośrednia                             | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Prolaktyna 30' po obciążeniu MCP 1 tabl.   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Chlorki / Cl                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Prolaktyna 60' po obciążeniu MCP 1 tabl.   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholesterol                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Immunoglobulin IgA                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Prolaktyna                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> HDL Cholesterol                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Immunoglobulin IgG                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> TSH / hTSH                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> LDL Cholesterol                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Immunoglobulin IgM                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Estradiol                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio              | <input checked="" type="checkbox"/> Kwas foliowy                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> FSH                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> CK (kinaza kreatynowa)                              | <input checked="" type="checkbox"/> Witamina B12                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> T3 Wolne                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> LDH – dehydrogen. mlecz.                            | <input checked="" type="checkbox"/> Całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC – zastępuje Saturację Fe | <input checked="" type="checkbox"/> T4 Wolne                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fosfataza zasadowa /                                | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)             | <input checked="" type="checkbox"/> Total Beta-hCG                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fosfataza kwaśna                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)             | <input checked="" type="checkbox"/> LH                                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fosfor / P                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)             | <input checked="" type="checkbox"/> Progesteron                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> GGTP                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)             | <input checked="" type="checkbox"/> Testosteron                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3h)  | <input checked="" type="checkbox"/> Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)              | <input checked="" type="checkbox"/> Testosteron wolny                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza 120' po jedzeniu                            | <input checked="" type="checkbox"/> Ferrytyna                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> AFP – alfa-fetoproteina                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza 60' po jedzeniu                             | <input checked="" type="checkbox"/> Ceruloplazmina                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> PSA – wolna frakcja                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach |                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> PSA całkowite                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach |                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> CEA – antygen carcinoembrionalny           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kreatynina                                          |                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> CA 125                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kwas moczowy                                        |                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> CA 15.3 – antyg. raka sutka                |
|                                                                                         |                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> CA 19.9 – antyg. Raka przewodu pokarmowego |

Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- |                                                                                                                                |                                                                            |                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Serologia kłby podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR                            | <input checked="" type="checkbox"/> HBs Ag / antygen                       | <input checked="" type="checkbox"/> EBV / Mononukleozą IgG                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASO ilościowo                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała a-mikrosomalne / Anty TPO    | <input checked="" type="checkbox"/> EBV / Mononukleozą IgM                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASO jakościowo                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała a-tyreoglobulinowe / Anty TG | <input checked="" type="checkbox"/> Różyczka IgG                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> RF – CZYNNIK REUMATOIDALNY – ilościowo                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> CMV IgG                                | <input checked="" type="checkbox"/> Różyczka IgM                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Odczyn Waaler-Rose                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> CMV IgM                                | <input checked="" type="checkbox"/> Toksoplazmoza IgG                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Test BTA                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> HBs Ab / przeciwciała                  | <input checked="" type="checkbox"/> Toksoplazmoza IgM                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> HCV Ab / przeciwciała                  | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała p / chlamydia trachomatis IgA |
| <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh / – /) | <input checked="" type="checkbox"/> Helicobacter Pylori IgG ilościowo      | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała p / chlamydia trachomatis IgG |
|                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> HIV I / HIV II                         | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała p / chlamydia trachomatis IgM |
|                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> EBV / Mononukleozą – lateks            | <input checked="" type="checkbox"/> HBC Ab IgM                              |

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:

- |                                                                          |                                                                                   |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mocz – badanie ogólne                | <input checked="" type="checkbox"/> Kwas moczowy w moczu                          | <input checked="" type="checkbox"/> Kwas delta – aminolewulinowy (ALA)              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu | <input checked="" type="checkbox"/> Magnez / Mg w moczu                           | <input checked="" type="checkbox"/> Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Białko w moczu                       | <input checked="" type="checkbox"/> Magnez / Mg w moczu DZM                       | <input checked="" type="checkbox"/> Potas / K w moczu                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Białko całkowite / DZM               | <input checked="" type="checkbox"/> Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu DZM | <input checked="" type="checkbox"/> Potas / K w moczu / DZM                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fosfor w moczu                       | <input checked="" type="checkbox"/> Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN w moczu       | <input checked="" type="checkbox"/> Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fosfor w moczu / DZM                 | <input checked="" type="checkbox"/> Sód / Na w moczu                              | <input checked="" type="checkbox"/> Kortyzol w DZM                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kreatynina w moczu                   | <input checked="" type="checkbox"/> Sód / Na w moczu / DZM                        | <input checked="" type="checkbox"/> Metoksykatecholaminy w DZM                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kreatynina w moczu / DZM             | <input checked="" type="checkbox"/> Wapń w moczu                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Ołów / Pb w moczu                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kwas moczowy w moczu / DZM           | <input checked="" type="checkbox"/> Wapń w moczu / DZM                            |                                                                                     |

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- |                                                                          |                                                                       |                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Posiew moczu                         | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z migdałka – posiew tlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosa – posiew tlenowy                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kał posiew ogólny                    | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z ucha – posiew beztlenowy  | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z gardła – posiew tlenowy      | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z ucha – posiew tlenowy     | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z oka – posiew tlenowy      | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z odbytu posiew w kierunku pać. hem. z gr. B (GBS) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z migdałka                     | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosa                      |                                                                                              |

- |                                                                               |                                                                                             |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z pochwy – posiew beztenlowy        | <input checked="" type="checkbox"/> Czystość pochwy (biocenoza pochwy)                      | <input checked="" type="checkbox"/> Kał posiew w kier. E. Coli patogenne u dzieci do lat 2       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z pochwy – posiew tenlowy           | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew nasienia tenlowy                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z pochwy w kierunku GBS             | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew płwociny                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z kanału szyjki macicy                            | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej – posiew beztenlowy                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z rany                              | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztenlowy        | <input checked="" type="checkbox"/> Antybiogram do posiewu z wymazu gardła, oka, nosa i płwociny |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z rany – posiew beztenlowy          | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy | <input checked="" type="checkbox"/> Antybiogram do posiewu (materiał różny)                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kał posiew w kierunku SS                  |                                                                                             |                                                                                                  |

**Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:**

- |                                                             |                                                                  |                                                         |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Kał badanie ogólne      | <input checked="" type="checkbox"/> Krew utajona w kale / F.O.B. | <input checked="" type="checkbox"/> Kał na Lambie ELISA |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kał na pasożyty 1 próba | <input checked="" type="checkbox"/> Kał na Rota i Adenowirusy    |                                                         |

**Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:**

- Standardowa\* cytologia szyjki macicy

**Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):**

- |                                                                                                          |                                                                                                      |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokieć nogi      | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdż.                  | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosa – posiew w kierunku grzybów drożdż.       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokieć ręki      | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wydzieliła            | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z nosogardła – posiew w kierunku grzybów drożdż. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów włosy               | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wymaz                 | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z oka – posiew w kierunku grzybów drożdż.        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów wymaz ze skóry      | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej posiew w kierunku grzybów drożdż.         | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z pochwy – posiew w kierunku grzybów drożdż.     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów zeszkrobiny skórnej | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z gardła – posiew w kierunku grzybów drożdż.               | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z rany – posiew w kierunku grzybów drożdż.       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kał posiew w kierunku grzybów drożdż.                                | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew w kierunku grzybów drożdż. | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z ucha – posiew w kierunku grzybów drożdż.       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Posiew moczu w kierunku grzybów drożdż.                              | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z jamy ustnej – posiew w kierunku grzybów drożdż.          |                                                                                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Posiew płwociny w kierunku grzybów drożdż.                           |                                                                                                      |                                                                                            |

**Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania):**

- |                                               |                                          |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Digoksyna | <input checked="" type="checkbox"/> Ołów |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|

**Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:**

- |                                                                 |                                                                 |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CRP – test paskowy          | <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza badanie glukometrem | <input checked="" type="checkbox"/> Troponina – badanie paskowe |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholesterol badanie paskowe |                                                                 |                                                                 |

**Diagnostyka obrazowa****Badania elektrokardiograficzne:**

- |                                                                  |                                                                                        |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Badanie EKG – spoczynkowe    | <input checked="" type="checkbox"/> Zakończenie standardowego* Holtera EKG w gabinecie | <input checked="" type="checkbox"/> Zakończenie Holtera RR w gabinecie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Standardowa* próba wysiłkowa |                                                                                        |                                                                        |

**Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej Placówce medycznej):**

- |                                                                                             |                                                                                       |                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki oczodoły                                    | <input checked="" type="checkbox"/> RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok           | <input checked="" type="checkbox"/> RTG miednicy i stawów biodrowych                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG oczodołów + boczne (2 projekcje)                    | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości skroniowych transorbitalne              | <input checked="" type="checkbox"/> RTG mostka AP                                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki PA + bok                                    | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości skroniowych wg Schullera / Steverssa    | <input checked="" type="checkbox"/> RTG mostka / boczne klatki piersiowej                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki PA + bok + podstawa                         | <input checked="" type="checkbox"/> RTG piramid kości skroniowej transorbitalne       | <input checked="" type="checkbox"/> RTG żuchwy                                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki podstawa                                    | <input checked="" type="checkbox"/> RTG ręki bok                                      | <input checked="" type="checkbox"/> RTG zatok przynosowych                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki półosiowe wg Orleya                         | <input checked="" type="checkbox"/> RTG ręki PA                                       | <input checked="" type="checkbox"/> RTG żeber (1 strona) w 2 skosach                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki siodło tureckie                             | <input checked="" type="checkbox"/> RTG ręki PA obu                                   | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka boczne                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki styczne                                     | <input checked="" type="checkbox"/> RTG palec / palce PA + bok / skos                 | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka boczne – obu                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych                   | <input checked="" type="checkbox"/> RTG palec / palce PA + bok / skos obu rąk         | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka PA + bok                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG twarzoczaszki                                       | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości hodeczkowatej                           | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka PA + bok obu                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG jamy brzusznej inne                                 | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stopy AP + bok / skos                         | <input checked="" type="checkbox"/> RTG ręki PA + skos                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG jamy brzusznej na leżąc                             | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stopy AP + bok / skos obu                     | <input checked="" type="checkbox"/> RTG ręki PA + skos obu                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG jamy brzusznej na stojąc                            | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stóp AP (porównawcze)                         | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos lewego            |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej                                   | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości śródstopia                              | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos prawego           |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej – RTG tomograf                    | <input checked="" type="checkbox"/> RTG palca / palców stopy AP + bok / skos          | <input checked="" type="checkbox"/> RTG obu nadgarstków / dłoni PA + bok / skos              |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej + bok                             | <input checked="" type="checkbox"/> RTG pięty + osiowe                                | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos obu               |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej bok z barytem                     | <input checked="" type="checkbox"/> RTG pięty boczne                                  | <input checked="" type="checkbox"/> RTG rzepki osiowe obu                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej inne                              | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok               | <input checked="" type="checkbox"/> RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem                | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos        | <input checked="" type="checkbox"/> RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG klatki piersiowej tarzycy, tchawicy                 | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa lędźwiowego bok                    | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości krzyżowej i guzicznej                         | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy         | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG nosa boczne                                         | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok      | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu biodrowego AP                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG podudzia (goleni) AP + bok                          | <input checked="" type="checkbox"/> RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego           | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu biodrowego AP obu                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG podudzia (goleni) AP + bok obu                      | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa piersiowego                        | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu biodrowego osiowe                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG uda + podudzia                                      | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok               | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu kolanowego AP + bok                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości udowej AP + bok lewej                         | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos        | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu kolanowego AP + bok obu                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG kości udowej AP + bok prawej                        | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa piersiowego bok                    | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu kolanowego boczne                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia – osiowe                           | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa piersiowego skosy                  | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu łokciowego                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia – osiowe obu                       | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa szyjnego                           | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia AP + bok                           | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok                  | <input checked="" type="checkbox"/> RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu               |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa szyjnego bok                       | <input checked="" type="checkbox"/> RTG czynnościowe stawów skroniowo-żuchwowych             |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia AP                                 | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje) | <input checked="" type="checkbox"/> Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi) |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze       | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa szyjnego skosy                     | <input checked="" type="checkbox"/> RTG nosogardła                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG przedramienia AP + bok                              | <input checked="" type="checkbox"/> RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego              | <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku (przez klatkę)                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG przedramienia obu przedramion AP + bok              | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa AP na stojąc (skolioza)            | <input checked="" type="checkbox"/> RTG barku AP + osiowe                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> RTG łokcia / przedramienia AP + bok                     | <input checked="" type="checkbox"/> RTG kręgosłupa AP na stojąc + bok (skolioza)      | <input checked="" type="checkbox"/> RTG obojczyka                                            |

**Badania ultrasonograficzne:**

- |                                                        |                                                          |                                                |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> USG jamy brzusznej | <input checked="" type="checkbox"/> USG układu moczowego | <input checked="" type="checkbox"/> USG piersi |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

- |                                                                               |                                                                                                                          |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> USG tarczycy                              | <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych                                    | <input checked="" type="checkbox"/> USG tkanki podskórnej (tuszczaki, włókniaki etc.) |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG prostaty przez powłoki brzuszne       | <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego)                               | <input checked="" type="checkbox"/> USG krwiaka pourazowego mięśni                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG ginekologiczne transwaginalne         | <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler tętnic nerkowych                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> USG węzłów chłonnych                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne | <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler tętnic wewnętrznych czaszkowych                                        | <input checked="" type="checkbox"/> USG nadgarstka                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG narządów moczny (jąder)               | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawów biodrowych                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów             |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG ślinianek                             | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 roku życia) | <input checked="" type="checkbox"/> USG śródstopia                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG transrektalne prostaty                | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawu kolanowego                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> USG rozciągnięta poduszki                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler tętnic szyjnych i kręgowych | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawu łokciowego                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawów śródreżca i palców                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler tętnic kończyn dolnych      | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawu skokowego                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> USG ścięgna Achillesa                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler tętnic kończyn górnych      | <input checked="" type="checkbox"/> USG stawu barkowego                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> USG układu moczowego + TRUS                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler żył kończyn dolnych         |                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> USG przeciemiążczkowe                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> USG / doppler żył kończyn górnych         |                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Echokardiografia – USG serca                      |

#### Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych:

- |                                                                       |                                                    |                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Anoskopia                         | <input checked="" type="checkbox"/> Sigmoidoskopia | <input checked="" type="checkbox"/> Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gastroskopia (z testem ureazowym) | <input checked="" type="checkbox"/> Kolonoskopia   |                                                                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rektoskopia                       |                                                    |                                                                                                  |

#### Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- |                                                                                                                |                                                                                                 |                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy głowy                                | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa szyjnego   | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu skokowego             |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy głowy                               | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa szyjnego  | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu skokowego            |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy angio głowy                         | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa krzyżowego | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu biodrowego            |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy głowy+ angio                        | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy oczodołów            | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu biodrowego           |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy twarzoczaszki                       | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy zatok                | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawów krzyżowo-biodrowych |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej                      | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przysadki            | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stopy                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy miednicy mniejszej                  | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu barkowego       | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stopy                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej i miednicy mniejszej | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu barkowego       | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny dolnej             |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy klatki piersiowej                   | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu łokciowego      | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy podudzia                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa lędźwiowego               | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu łokciowego     | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy uda                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa lędźwiowego              | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu kolanowego      | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny górnej             |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa piersiowego               | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu kolanowego     | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przedramienia              |
| <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa piersiowego              | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy nadgarstka            | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ramienia                   |
|                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy nadgarstka           | <input checked="" type="checkbox"/> MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ręki                       |

#### Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- |                                                                                            |                                                                                                                             |                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa głowy                      | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej                                          | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa głowy (2 fazy)             | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej                         | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego            |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki              | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej                          | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej         | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej       | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa zatok                      | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa oczodołów                  | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego                                         | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa nadgarstka                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych          | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego                                      | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa szyi                       | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego                                      | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa krtani                     | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego                         | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa stopy                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej          | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego                           | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa uda                                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (2 fazy) | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego                           | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa podudzia                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT)   | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego                           | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa przedramienia                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej             |                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa ręki                                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej (2 fazy)    |                                                                                                                             |                                                                                                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej Trójfazowa  |                                                                                                                             |                                                                                                                 |

#### Inne badania diagnostyczne:

- |                                                                                                                |                                                                                                         |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Spirometria bez leku                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening | <input checked="" type="checkbox"/> Badanie adaptacji do ciemności |
| <input checked="" type="checkbox"/> Spirometria – próba rozkurczowa                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Badanie uroflowmetryczne                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Pachymetria                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Audiometr standardowy*                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Mammografia                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> EEG standardowe* w czuwaniu    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Densytometria kręgosłupa lędźwiowego (ocena kości beleczkowej) – screening | <input checked="" type="checkbox"/> Mammografia – zdjęcie celowane                                      |                                                                    |
|                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Komputerowe pole widzenia                                           |                                                                    |

#### Uwaga:

W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w niniejszej umowie. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem usług. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce. O ile nie zaznaczono inaczej diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).

\* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

## Prowadzenie ciąży

Usługa obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez Lekarza w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED zgodnie ze standardami LUX MED i składa się z czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu

w następującym zakresie:

- |                                                                                         |                                                                                                                              |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży          | <input checked="" type="checkbox"/> Mocz – badanie ogólne                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Total Beta-hCG                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza na czczo                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z odbytu posiew w kierunku pać. hem. z gr. B (GBS) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie  | <input checked="" type="checkbox"/> P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwiła (zastępuje P / ciała anty Rh / - /) | <input checked="" type="checkbox"/> Wymaz z pochwy w kierunku GBS                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach | <input checked="" type="checkbox"/> Różyczka IgG                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe           | <input checked="" type="checkbox"/> Różyczka IgM                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Estriol wolny                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Serologia kłby podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP)                                     | <input checked="" type="checkbox"/> USG ciąży                                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> HBs Ab / przeciwiła                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Standardowa* cytologia szyjki macicy                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> USG ciąży transwaginalne                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> HBs Ag / antygen                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Toksoplazmoza IgG                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne                |
| <input checked="" type="checkbox"/> HCV Ab / przeciwiła                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Toksoplazmoza IgM                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> USG ginekologiczne transwaginalne                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> HIV I / HIV II                                      |                                                                                                                              |                                                                                              |

Uwaga:

Usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Realizacja ww. zakresu badań jest dostępna na podstawie okazania karty przebiegu ciąży wydanej Pacjentce przez ambulatoryjną Placówkę medyczną wskazaną przez LUX MED. Ww. zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i zakresu usług, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży Pacjentki, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem usług.

\* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

## Stomatologia

### Przeгляд stomatologiczny

Usługa wykonywana przez Lekarza przyjmującego w zakresie stomatologii zachowawczej, obejmuje 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ocenę stanu uzębienia i higieny jamy ustnej w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED.

## Wizyty domowe

Usługa jest **limitowana do 3 wizyt w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy** i obejmuje zakres: interny, pediatrii lub medycyny rodzinnej i jest realizowana w miejscu zamieszkania Pacjenta, wyłącznie w przypadkach uniemożliwiających Pacjentowi przybycie do ambulatoryjnej Placówki medycznej wskazanej przez LUX MED z powodu nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Do przyczyn uniemożliwiających Pacjentowi zgłoszenie się do placówki nie zalicza się: niedożądanie dojazdu do placówki, wypisania recepty lub zwolnienia.

Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej udzielanym wyłącznie w dniu zgłoszenia i ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez LUX MED. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru Lekarza. O przyjęciu lub odmowie wizyty domowej decyduje dyspozytor medyczny (wskazany przez LUX MED), na podstawie uzyskanego wywiadu. Wizyty domowe są dostępne w granicach administracyjnych miast oraz ich okolicach, w których występują ambulatoryjne Placówki medyczne wskazane przez LUX MED dla tej usługi – szczegółowy zasięg terytorialny opisany jest na [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl).

## Program ZDROWIE PIĘKNO HARMONIA

LUX MED oferuje Pacjentom możliwość udziału w programie **ZDROWIE PIĘKNO HARMONIA**, dzięki któremu łatwiej będzie prowadzić zdrowy styl życia.

Zdrowy styl życia to uniwersalna recepta na zachowanie dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Każdego roku LUX MED włącza się w różnego typu akcje profilaktyczne, patrolując bardzo wielu imprezom sportowym i rekreacyjnym, zapoznaje z najnowszymi osiągnięciami medycyny i poprzez kwartalnik wydawany przez LUX MED stara się przybliżyć nawet najtrudniejsze problemy dotyczące zdrowia.

Program **ZDROWIE PIĘKNO HARMONIA** daje możliwość skorzystania z rabatów i ofert specjalnych przygotowanych przez firmy partnerskie świadczące usługi okołozdrowotne (odnowa biologiczna, fitness, kosmetyka).

Z uwagi na to, że oferta stale się rozszerza aktualne informacje znajdują się zawsze na stronie [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl)