

УТВЕРЖДАЮ:
 Директор по экономике и финансам
 АО "Соликамскбумпром"

 _____ Н.С.Ступникова
 " _____ " _____ 2018 г.

ПРЕЙСКУРАНТ

платных медицинских услуг, оказываемых поликлиникой АО "Соликамскбумпром"
 по обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам
 (обследованиям)

вводится с 01.07.2018 г.

№ п/п	Наименование услуг	Стоимость услуги, руб. (НДС не облагается)
1	Медицинское освидетельствование водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)	1615
1.1.	на категорию "А", "В", "А1", "В1", "М", "М1"	
	<i>в т.ч. Профилактический осмотр врача терапевта</i>	250
	<i>Профилактический осмотр врача офтальмолога</i>	150
	<i>Заключение врачебной комиссии</i>	330
	<i>Регистрация электрокардиограммы (расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных)</i>	300
	<i>Взятие крови из периферической вены</i>	65
	<i>Общий анализ крови (Hb, эритроциты, лейкоциты, СОЭ, лейкоформула, тромбоциты) (показатель 31.1)*</i>	180
	<i>Общий анализ мочи (показатель 31.3)*</i>	190
	<i>Холестерин общий (показатель 21.2)*</i>	70
	<i>Глюкоза (показатель 23.1)*</i>	80
1.2	на категорию "С", "D", "СЕ", "DE", "Тм", "Ть" и подкатегорий "С1", "D1", "С1Е", "D1Е"	2945
	<i>в т.ч. Профилактический осмотр врача терапевта</i>	250
	<i>Профилактический осмотр врача офтальмолога</i>	150
	<i>Профилактический осмотр врача невролога</i>	180
	<i>Профилактический осмотр врача оториноларинголога</i>	150
	<i>Заключение врачебной комиссии</i>	330
	<i>Регистрация электрокардиограммы (расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных)</i>	300
	<i>Взятие крови из периферической вены</i>	65
	<i>Общий анализ крови (Hb, эритроциты, лейкоциты, СОЭ, лейкоформула, тромбоциты) (показатель 31.1)*</i>	180
	<i>Общий анализ мочи (показатель 31.3)*</i>	190
	<i>Холестерин общий (показатель 21.2)*</i>	70
	<i>Глюкоза (показатель 23.1)*</i>	80
	<i>Электроэнцефалография</i>	1000
2	Профилактический осмотр врача терапевта	250
3	Профилактический осмотр врача хирурга	190
4	Профилактический осмотр врача офтальмолога	150
5	Профилактический осмотр врача невролога	180
6	Профилактический осмотр врача оториноларинголога	150
7	Профилактический осмотр врача гинеколога	200
8	Профилактический осмотр врача стоматолога	200

№ п/п	Наименование услуг	Стоимость услуги, руб. (НДС не облагается)
9	Заключение врачебной комиссии	330
10	Офтальмомодинамометрия	65
11	Вибрационная чувствительность	165
12	Визометрия	130
13	Периметрия (определение поля зрения)	170
14	Исследование цветоощущения	60
15	Скиаскопия	95
16	Офтальмотонометрия	210
17	Исследование аккомодации	115
18	Определение характера зрения, гетерофории	85
19	Исследование глазного дна	225
20	Рефрактометрия	140
21	Вестибулометрия	105
22	Регистрация электрокардиограммы (расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных)	300
23	Рентгенография грудины в одной проекции	330
24	Рентгенография грудины в двух проекциях	455
25	УЗИ молочных желез	580
26	Спирография	255
27	Тональная аудиометрия	330
28	Взятие крови из периферической вены	65
29	Получение влагалищного мазка	105
30	Биомикроскопия срез глаза	105
31	Электроэнцефалография	1000

* - услуга оказывается только через лабораторию ООО "Лабдиагностика"

Главный бухгалтер

Главный врач

Начальник ОЭАиП

Е.Н. Касимова

Т.Я.Галкина

Л. Г. Сметанина