

ŽIADANKA O VYŠETRENIE BIOCHÉMIA - prenatálny skríning



alpha medical
inštitút laboratórnej diagnostiky

priezvisko
a meno:

bydlisko:

rodné číslo:

kód poisťovne:

diagnóza:

Poznámky:

užívané lieky:

www.alphamedical.sk

prijaté dňa:

číslo žiadanky:

kód lekára:

pečiatka lekára:

podpis lekára: _____

ÚDAJE PRE: I. TRIMESTER

Vyš. PAPP - A

Dátum odberu krvi

Dátum USG vyšetrenia

Hebd. podľa USG vyš.:

Tý

Deň

(pozn.: neprepočítavať hebd. k dátumu odberu krvi)

Počet plodov

Hmotnosť pacientky

kg

FB HCG

USG parameter: *

BPD:

CRL:

USG marker: *

NT:

NB:

Počet abortov:

V poradí o ktoré tehotenstvo ide:

(prvé, druhé...)

Tehotenstvo po IVF:

áno

nie

Fajčenie:

áno

nie

Diabetes mellitus:

áno

nie

ÚDAJE PRE: II. TRIMESTER

Vyš. double - testu (hCG + AFP)

triple - testu (hCG+AFP+volný estriol)

Dátum odberu krvi:

Dátum PM:

Hebd. podľa PM:

Týždeň

deň

Dátum USG vyšetrenia

Hebd. podľa USG vyš.:

Tý

Deň

Hmotnosť pacientky (kg):

Bol už skríning robený v minulosti

áno

nie

Ak bol skríning už robený, s akým výsledkom?

Vysvetlivky: * nepovinné údaje

KONTROLNÝ SÚČET
ORDINOVANÝCH VYŠETRENÍ:

Žiadam o poskytnutie zdravotnej starostlivosti v rozsahu vyšetrení uvedených v tejto žiadanke poskytovateľom uvedeným na druhej strane listu tejto Žiadanky o vyšetrenie, v zmysle práva na výber poskytovateľa v súlade s ustanovením § 11 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v platnom znení:

na základe zdravotného poistenia

na vlastné náklady (za priamu úhradu) ako samoplatca, ktoré sa zaväzujem bez akýchkoľvek výhrad uhradiť v plnej výške podľa platného cenníka poskytovateľa, s ktorým som sa, vrátane kalkulácie ceny a jej výšky, riadne oboznámil a potvrdzujem, že náklady na tieto vyšetrenia nebudem uplatňovať v žiadnej zdravotnej poisťovni.

Vyšetrenie samoplatcu

FAKTUROVAŤ:

Samoplatcovi

Lekárovi

Súhlasím v súlade s ustanovením § 7 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení so spracovaním svojich osobných údajov uvedených na žiadanke za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Súhlas udeľujem na dobu neurčitú a je možné ho odvolať v prípade nezákonného nakladania s osobnými údajmi.

podpis pacienta:

