

# ŽIADANKA O VYŠETRENIE – PATOLOGICKÁ ANATÓMIA

bioptický materiál     cytologický materiál (iný)

Rodné číslo	Platiteľ <i>kód ZP, samoplatca, PZS</i>	Číslo vyšetrenia	Dátum prijatia
Priezvisko	Meno	Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára	
Ulica, číslo domu*	PSČ*		
Mesto/obec*	Dátum odberu		
Kód hospit. prípadu	Dg. (MKCH)		

Zastupovaný lekár	Meno a priezvisko	A kód	P kód
Odporúčajúci lekár	Meno a priezvisko	A kód	P kód

## PREDMET VYŠETRENIA A LOKALIZÁCIA

### ODOBRATÝ MATERIÁL – OPIS

## KLINICKÝ PRIEBEH, TERAPIA, OŽAROVANIE, DIAGNÓZA

Číslo predchádzajúceho vyšetrenia

## GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE LÉZIE

## POZNÁMKA

Žiadam o poskytnutie zdravotnej starostlivosti v rozsahu vyšetrení uvedených v tejto žiadanke, 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**

samoplatcov

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

\* adresu pacienta žiadame vyplniť v prípade samoplatcu alebo vyšetrení hlásených v zmysle zákona č. 355/2007 Z. z.