



ŽIADANKA O VYŠETRENIE – CYTOGENETIKA

Platná od 1. 10. 2018

Rodné číslo	Platiteľ <small>kód ZP, samoplatca, PZS</small>	Fakturovať lekár pacient	Oslob. od DPH áno nie	Užívané lieky	Výška cm
Priezvisko	Meno			Dôležitá poznámka	Váha kg
Ulica, číslo domu*	Mesto/obec*	Diuréza ml/ hod.	Hebd. t.	MC	
PSČ*	IČ EÚ <small>priložiť kópiu preukazu poistenca</small>	Kód krajiny	Pohlavie muž žena	Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára	
Dátum narodenia	Dátum a čas odberu	Dátum vystavenia žiadanky			
Dg. (MKCH)	Dg. (MKCH)	Kód hospit. prípadu			
Odporúčajúci lekár Meno a priezvisko	A kód	P kód			

Nepovoľiť sprístupnenie výsledku v EZKO

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

 Lítium heparín 11	 Plodová voda 53
<input type="checkbox"/> Karyotyp (periférna krv) (CTGKK)	<input type="checkbox"/> Karyotyp (plodová voda) (CTGAK)

Poznámka lekára

Súhlas s genetickým vyšetrením

Pacient resp. jeho zákonný zástupca alebo doprovod pacienta bol poučený v zmysle zákona 576/2004 Z. z. o anamnéze, odbere krvi a biologického materiálu na diagnostické účely. Bola mu vysvetlená podstata cytogenetického vyšetrenia a dohodnuté, že výsledky testu sú dôverné, nebudú poskytnuté inej osobe bez jeho súhlasu. Pacient poučeniu rozumie a s navrhovaným postupom súhlasí.

Dátum: _____ Podpis: _____

SPOLU VYŠ. _____

Osobné údaje sú spracovávané na účely stanovenia klinickej diagnózy a služieb s tým spojených. Viac informácií o spracovaní vašich osobných údajov a o právach nájdete na <https://www.alphamedical.sk/ochrana-udajov>



ŽIADANKA O VYŠETRENIE – CYTOGENETIKA

Platná od 1. 10. 2018

Rodné číslo	Platiteľ <small>kód ZP, samoplatca, PZS</small>	Fakturovať lekár pacient	Oslob. od DPH áno nie	Užívané lieky	Výška cm
Priezvisko	Meno			Dôležitá poznámka	Váha kg
Ulica, číslo domu*	Mesto/obec*	Diuréza ml/ hod.	Hebd. t.	MC	
PSČ*	IČ EÚ <small>priložiť kópiu preukazu poistenca</small>	Kód krajiny	Pohlavie muž žena	Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára	
Dátum narodenia	Dátum a čas odberu	Dátum vystavenia žiadanky			
Dg. (MKCH)	Dg. (MKCH)	Kód hospit. prípadu			
Odporúčajúci lekár Meno a priezvisko	A kód	P kód			

Nepovoľiť sprístupnenie výsledku v EZKO

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

 Lítium heparín 11	 Plodová voda 53
<input type="checkbox"/> Karyotyp (periférna krv) (CTGKK)	<input type="checkbox"/> Karyotyp (plodová voda) (CTGAK)

Poznámka lekára

Súhlas s genetickým vyšetrením

Pacient resp. jeho zákonný zástupca alebo doprovod pacienta bol poučený v zmysle zákona 576/2004 Z. z. o anamnéze, odbere krvi a biologického materiálu na diagnostické účely. Bola mu vysvetlená podstata cytogenetického vyšetrenia a dohodnuté, že výsledky testu sú dôverné, nebudú poskytnuté inej osobe bez jeho súhlasu. Pacient poučeniu rozumie a s navrhovaným postupom súhlasí.

Dátum: _____ Podpis: _____

SPOLU VYŠ. _____

Osobné údaje sú spracovávané na účely stanovenia klinickej diagnózy a služieb s tým spojených. Viac informácií o spracovaní vašich osobných údajov a o právach nájdete na <https://www.alphamedical.sk/ochrana-udajov>

reg. značka: LG-CYTO/bez € /10/2018/06

Máte otázku či problém? Volajte call centrum 0850 150 000, www.alphamedical.sk, info@alphamedical.sk