

Rodné číslo	Platiteľ <i>kód ZP, samoplatca, PZS</i>	Fakturovať lekár <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/>	Oslob. od DPH <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Užívané lieky	Výška cm
Priezvisko	Meno			Dôležitá poznámka	Váha kg
Ulica, číslo domu*	Mesto/obec*			Diuréza ml/ hod.	Hebd. t.
PSČ*	IČ EÚ <i>priložiť kópiu preukazu poistenca</i>	Kód krajiny	Pohlavie <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> 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.


TROMBOFILNÉ MUTÁCIE

- Faktor II (Protrombín) (F2: 20210G>A) (TROMB)
- Faktor V (F5: 1691G>A – Leiden) (FAVLEI)
- Metyléntetrahydrofolátreduktáza (MTHFR: 677C>T) (MT677)
- Metyléntetrahydrofolátreduktáza (MTHFR: 1298A>C) (MT1298)
- Inhibitor aktivátora plazminogénu (PAI1: -675 4G/5G) (PAI4)
- Faktor XIII (F13A1: Val34Leu) (FXIII34)
- Doštičkový glykoproteín GPIa (ITGA2: 807C>T) (GPIA807)
- Doštičkový glykoproteín GPIIb/IIIa (ITGB3: Leu33Pro) (GPIII393)
- Faktor XII (F12: 46C>T) (FXII46)
- β-fibrinogén (FGB: -455G>A) (BFG455)

POZNÁMKA LEKÁRA**Súhlas s genetickým vyšetrením a archiváciou DNA**

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 molekulárno-genetického 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.