

# ŽIADANKA O VYŠETRENIE – TREC | KREC



ALPHA MEDICAL

člen skupiny Unilabs

Platná od 1. 4. 2019

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.	MC 	
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		

Nepovolíť sprístupnenie výsledku v EZKO

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

TREC/KREC €

Materiál:

Guthrieho karta  K3/K2 EDTA krv

## Súhlas s genetickým vyšetrením

Pacient, resp. jeho zákonný zástupca bol poučený v zmysle zákona 576/2004 Z. z. o anamnéze, odbere krvi a biologického materiálu na diagnostické účely.

Bola mu vysvetlená povaha, riziká, následky a podstata genetického vyšetrenia, podmienky zabezpečenia jeho vykonania a realizácia zo strany príslušných poskytovateľov a bol informovaný, že výsledky testu sú dôverné, nebudú poskytnuté inej osobe bez jeho súhlasu. Pacient poučeniu rozumie a s navrhovaným postupom a podmienkami zabezpečenia vykonania a s realizáciou vyšetrenia zo strany príslušných poskytovateľov formou informovaného súhlasu v celom rozsahu súhlasí.

Dátum:

Podpis:

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>