



Rodné číslo	Dátum narodenia	Platiteľ <small>kód ZP, samoplatca, PZS</small>	Fakturovať: <input type="checkbox"/> lekár <input type="checkbox"/> pacient
Priezvisko	Meno	Pohlavie: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	
Ulica, číslo domu*	Mesto/obec*	Podpis a pečiatka indikujúceho lekára	
PSČ*	IČ EÚ <small>priložiť kópiu preukazu poistenca</small>	Kód krajiny	
Dátum odberu	Dátum vystavenia žiadanky	Kód hospitalizačného prípadu	
Suspektná diagnóza (slovom)			
Dg. (MKCH podľa Orphanetu)	Dg. (MKCH)	Dg. (MKCH)	
Indikujúci lekár	Meno a priezvisko	A kód	P kód
	Meno a priezvisko	A kód	P kód

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

 Tkanivo	 Iný materiál Špecifikujte materiál
55	DD
Materiál: <input type="text"/>	

FLUORESCENČNÁ IN SITU HYBRIDIZÁCIA (FISH)

Histologické číslo vzorky: <input type="text"/>	Percentuálne zastúpenie nádorových buniek**: <input type="text"/> %
Dermatofibrosarcoma protuberans <input type="checkbox"/> t(17;22)(q22;q13) COL1A1-PDGFB	Ewingov sarkóm <input type="checkbox"/> t(11;22)(q24;q12) EWSR1-FLI1 <input type="checkbox"/> ERG (21q22) <input type="checkbox"/> EWSR1 (22q12.2)
Dezmoplastický tumor z malých okrúhlych buniek <input type="checkbox"/> WT1 (11p13)	Karcinóm prsníka a žalúdka <input type="checkbox"/> ampl. HER2 Liposarkóm <input type="checkbox"/> ampl. MDM2
	Myxoidný liposarkóm <input type="checkbox"/> t(12;16)(q13;p11) FUS-DDIT3 Synoviálny sarkóm <input type="checkbox"/> t(X;18)(p11;q11) SS18-SSX

** dôležitý/nevyhnutný údaj

KLINICKÉ INFORMÁCIE K VYŠETRENIU

– nevyhnutne potrebné k riadnemu a správne poskytnutiu indikovaných laboratórnych vyšetrení pacientovi (§ 80 ods. 6 písm. a) zákona č. 578/2004 Z.z.)

VYHLÁSENIA PACIENTA – SAMOPLATCU LABORÁTORŇNYCH VYŠETRENÍ

Ja, pacient (príp. zákonný zástupca pacienta), svojím podpisom potvrdzujem, že:

a) som bol riadne a úplne poučený podľa zákona č. 576/2004 Z.z. o anamnéze, odbere krvi a biologického materiálu na diagnostické účely, bola mi vysvetlená podstata, spôsob a účel cytogenetického vyšetrenia, dôvernosť výsledkov vyšetrení a poučeniu som porozumel;

b) súhlasím s vykonaním genetických vyšetrení špecifikovaných v žiadanke formou informovaného súhlasu podľa zákona č. 576/2004 Z.z. a s úhradou ceny týchto laboratórnych genetických vyšetrení mojou osobou;

c) som bol informovaný o nevyhnutnosti spracúvania osobných údajov v súvislosti s poskytnutím vyšetrení na právnom základe vyplývajúcom z právnych predpisov a oboznámil som sa s informáciami o spracúvaní osobných údajov.

Dátum: Podpis:

Vyhradené pre laboratórium

Ďakujeme za Vašu dôveru a spoluprácu!

V prípade akýchkoľvek otázok nás neváhajte kontaktovať.
Volajte call centrum 0850 150 000, www.unilabs.sk, info@unilabs.sk