

# ŽIADANKA O VYŠETRENIE – PATOLOGICKÁ ANATÓMIA

Gynekologická cytológia – preventívna prehliadka



Platná od 1. 3. 2021

Rodné číslo	Platiteľ	Fakturovať: <input type="checkbox"/> lekár <input type="checkbox"/> pacient	Číslo vyšetrenia
Priezvisko	Meno	Pohlavie: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	Dátum prijatia
Ulica, číslo domu*	PSČ*	Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára	
Mesto/obec*	Dátum odberu		
Kód hospit. prípadu	Dg. (MKCH) <input type="checkbox"/> Z01.4 <input type="checkbox"/> Z12.4	Dátum vystavenia žiadanky	
Odporúčajúci lekár	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.

## ANAMNÉZA, STAV PACIENTA

<input type="checkbox"/> pôrody	počet	dátum posledného	ABSOLVOVANÉ ZÁKROKY <input type="checkbox"/> konizácia <input type="checkbox"/> D&C <input type="checkbox"/> EDK <input type="checkbox"/> HYE dátum zákroku, nález, diagnózy
<input type="checkbox"/> potraty			
<input type="checkbox"/> UPT			
AKTUÁLNA TERAPIA, GRAVIDITA <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> HATK <input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> GRAV			AKTUÁLNY NÁLEZ vyšetrované: <input type="checkbox"/> spekulum <input type="checkbox"/> kolposkopia
MENŠTRUAČNÝ CYKLUS <input type="checkbox"/> pravidelný <input type="checkbox"/> amenorea dátum PM <input type="checkbox"/> nepravidelný <input type="checkbox"/> klimax			
PREDCHÁDZAJÚCE CYTOLOGICKÉ VYŠETRENIE dátum výsledok (opis)			
PREDCHÁDZAJÚCE HPV VYŠETRENIE dátum výsledok (opis)			

## ODOBRATÝ MATERIÁL

<input type="checkbox"/> exocervix	<input type="checkbox"/> endocervix	<input type="checkbox"/> vagína	<input type="checkbox"/> vulva
označenie skla č. 1	označenie skla č. 2	tekuté médium (LBC)	

## OBJEDNANÉ VYŠETRENIA

<input type="checkbox"/> Cytológia hodnotená klasifikačným systémom Bethesda 2014	<input type="checkbox"/> LBC (iba pre poisťencov ZP UNION)
---	--

## POZNÁMKA OD ODOSIELAJÚCEHO LEKÁRA

### VYHLÁSENIA PACIENTA – SAMOPLATCU LABORATÓRNYCH VYŠETRENÍ

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. 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.

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.unilabs.sk/ochrana-udajov>

Máte otázky či problém? Volajte call centrum 0850 150 000, [www.unilabs.sk](http://www.unilabs.sk), [info@unilabs.sk](mailto:info@unilabs.sk)

reg. značka: AMDCP/02/2021/01