

# ŽIADANKA O VYŠETRENIE – GENETIKA

## SKRÍNINGOVÉ VYŠETRENIA

Rodné číslo	Dátum narodenia	Platiteľ <small>kód ZP, samoplatca, PZS</small>	Fakturovať: <input type="checkbox"/> lekár <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/>	Platba v hotovosti: <input type="checkbox"/>
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		
Dg. (MKCH podľa Orphanetu)	Dg. (MKCH)	Dg. (MKCH)		
Indikujúci 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.

 02 K3/K2 EDTA krv	 GK Guthrieho karta
---	---

### ŤAŽKÁ KOMBINOVANÁ IMUNODEFICIENCIA / AGAMAGLOBULINÉMIA

TREC / KREC

### SPINÁLNA SVALOVÁ ATROFIA

SMN1: exón 7

Vyšetrenia sú poskytované výlučne v samoplatcovskom režime a výška ceny sa riadi aktuálne platným cenníkom laboratórnej diagnostiky.

## 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 LABORÁTORŇNÝCH VYŠETRENÍ

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

- 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 molekulárno-genetického vyšetrenia, dôverynosť výsledkov vyšetrení a poučeníu som porozumel;
- 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;
- 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](http://www.unilabs.sk), [info@unilabs.sk](mailto:info@unilabs.sk)

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>