

ŽIADANKA O VYŠETRENIE – PATOLOGICKÁ ANATÓMIA

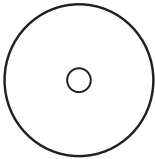
Gynekologická cytológia – preventívna prehliadka

Platná od 1. 8. 2021


Rodné číslo	Platiteľ	Fakturovať: <input type="checkbox"/> lekár	Číslo vyšetrenia
	<i>kód ZP, samoplatca, PZS</i>	<input type="checkbox"/> pacient	Dátum prijatia
Priezvisko	Meno	Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára	
Ulica, číslo domu*	PSČ*		
Mesto/obec*	Dátum odberu		
Kód hospit. prípadu	Dg. (MKCH)	Dátum vystavenia žiadanky	
	<input type="checkbox"/> Z01.4 <input type="checkbox"/> Z12.4		
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"/> potraty				<input type="checkbox"/> konizácia <input type="checkbox"/> D&C <input type="checkbox"/> EDK <input type="checkbox"/> HYE
<input type="checkbox"/> UPT				dátum zákroku, nález, diagnózy
AKTUÁLNA TERAPIA, GRAVIDITA			AKTUÁLNY NÁLEZ	
<input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> HATK <input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> GRAV				vyšetrené: <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 (hradí iba ZP Union)
	<input type="checkbox"/> HPV (len dg. Z12.4)

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>