


Rodné číslo	Platiteľ <small>kód ZP, samoplatca, PZS</small>	Oslob. od DPH <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Fakturovať <input type="checkbox"/> lekár <input type="checkbox"/> pacient	Užívané lieky	Výška cm
Priezvisko	Meno	Samoplatca – e-mail	Dôležitá poznámka	Hmotnosť kg	
Ulica, číslo domu*	Mesto/obec*	Diuréza ml/ hod.	Hebd. t.	MC	
PSČ*	IČ EÚ <small>priložiť kópiu preukazu poistenca</small>	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)	Kód hospit. prípadu				
Odporúčajúci lekár	Meno a priezvisko	A kód	P kód		
Anamnéza:	Dátum prvých príznakov	Klinické príznaky			
Údaj o cestovaní:	Predchádzajúci pobyt – štát				
		Telefónne číslo pacienta:			

 Nepovolil sprístupnenie výsledku v EZKO


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



Výter alebo KLS

NO, KLS

Koronavírus SARS-CoV-2 RNA (CV19NO)
 Koronavírus SARS-CoV-2 RNA (PCR, kloktací test) (CV19KLS)



Krv na sérum

01


Koronavírus SARS CoV 2 IgM, IgG (IgA €) (nucleocapsid, po ochorení) (COV)

POSTVAKCINAČNÉ PROTILÁTKY

Dátum očkovania:

Druh vakcíny:

Poradie vakcíny:



Krv na sérum

01

Koronavírus SARS CoV 2 IgG (spike, po ochorení, po vakcinácii) € (SCOVG)

 SPOLU VYŠ.

 Podpis pacienta

 Máte otázky či problém? Volajte call centrum 0850 150 000, www.unilabs.sk, info@unilabs.sk

€ Vyšetrenia označené týmto symbolom nie sú hrazené zdravotnou poisťovňou a je možné ich objednať len na priamu úhradu.

 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>