


# ŽIADANKA O VYŠETRENIE – CYTOGENETIKA

Rodné číslo	Dátum narodenia	Platiteľ <i>kód ZP, samoplatca, PZS</i>	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*	Dôležitá poznámka:	Hebd.  t.
PSČ*	IČ EÚ <i>priložiť kópiu preukazu poistenca</i>	Kód krajiny	Podpis a pečiatka indikujúceho lekára
Dátum a čas 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.

 11 Lítium heparín	 53 Plodová voda
<input type="checkbox"/> Karyotyp (periférna krv) (CTGKK)	<input type="checkbox"/> Karyotyp (plodová voda) (CTGAK)

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>

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)

## 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.)

## VYHLÁSENIE PACIENTA – SAMOPLATCU LABORÁTORŇNYCH 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 cytogenetického vyšetrenia, dôvernosc výsledkov vyšetrení a poučeniu 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 spracovania osobných údajov v súvislosti s poskytnutím vyšetrení na právnom základe vyplývajúcom z právnych predpisov a oboznámil som sa s informáciami o spracovaní osobných údajov.

Dátum:

Podpis: