

ŽIADANKA O VYŠETRENIE – PATOLOGICKÁ ANATÓMIA

bioptický materiál cytologický materiál (iný)

Rodné číslo	Platiteľ <i>kód ZP, samoplatca, PZS</i>	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)	Dg. (MKCH)	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.

PREDMET VYŠETRENIA A LOKALIZÁCIA

ODOBRATÝ MATERIÁL – OPIS

KLINICKÝ PRIEBEH, TERAPIA, OŽAROVANIE, DIAGNÓZA

Číslo predchádzajúceho vyšetrenia

GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE LÉZIE

POZNÁMKA

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>