

# ŽIADANKA O VYŠETRENIE – DIAGNOSTIKA COVID-19



Platná od 20. 6. 2024

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 – telefón	Samoplatca – e-mail**	Dôležitá poznámka	Hmotnosť kg
Ulica, číslo domu*	Mesto/obec*	Diuréza <input type="checkbox"/> ml/ hod.	Hebd. <input type="checkbox"/> t.	FMC <input type="checkbox"/>	
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				
<b>Odporúčajúci lekár</b>	Meno a priezvisko	A kód	P kód		
<b>Anamnéza:</b>	Dátum prvých príznakov	Klinické príznaky			
<b>Údaj o cestovaní:</b>	Predchádzajúci pobyt – štát	<b>Telefónne číslo pacienta:</b> <input type="text"/>			

Nepovolíť sprístupnenie výsledku v EZKO

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

\*\* zaslanie výsledkov na e-mail na základe žiadosti

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 protilátky IgM, IgG (IgA €) (nucleocapsid, po ochorení) (COV)

**SPOLU VYŠ.**

Podpis pacienta

€ Vyšetrenia označené týmto symbolom nie sú hradené 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>

Máte otázku či problém? Volajte call centrum 0850 150 000, [www.unilabs.sk](http://www.unilabs.sk), [info.sk@unilabs.com](mailto:info.sk@unilabs.com)