

# ŽIADANKA O VYŠETRENIE – GYNEKOLOGICKÁ CYTOLÓGIA



Platná od 1. 7. 2024

Rodné číslo	Platiteľ <small>kód ZP, samoplatca, PZS</small>	Fakturovať: <input type="checkbox"/> lekár <input type="checkbox"/> pacient	Číslo vyšetrenia
Priezvisko	Meno		Dátum prijatia
Ulica, číslo domu*	PSČ*	Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára	
Mesto/obec*	Dátum odberu		
Kód hospit. prípadu	Dg. (MKCH) <input type="checkbox"/> Z01.4 <input type="checkbox"/> Z12.4 <input type="checkbox"/> Iná	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.

## POŽADOVANÉ VYŠETRENIE

- Konvenčná cytológia
- LBC
- Funkčná cytológia
- HPV

## INFORMÁCIE O PACIENTOVI

Sklíčko:  
číslo, značka,  
čiarový kód



Miesto  
na nalepenie  
kódu

## KLINICKÉ ÚDAJE

### ODOBRATÝ MATERIÁL

- endocervix
- exocervix
- pahýľ
- vagina
- vulva

Dátum poslednej menštruácie

- konizácia
- IUD
- gravidita
- menopauza

Výsledok predchádzajúceho vyšetrenia

## 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>