Žiadosť o elektronické sprístupnenie výsledkov laboratórnych vyšetrení

Ja, dolu podpísaná/ý:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo[1]:

Číslo dokladu totožnosti:

Tel. číslo:

E-mail:

týmto žiadam o elektronické sprístupnenie mojich výsledkov laboratórnych vyšetrení uskutočnených v spoločnosti Medirex, a.s. (ďalej len "Medirex"), resp. týmto žiadam o elektronické sprístupnenie výsledkov laboratórnych vyšetrení osoby, ktorej som zákonným zástupcom:

Meno a priezvisko[2]:

Rodné číslo[1]:

Týmto čestne vyhlasujem, že:

- som nezamlčal a ani neuviedol žiadnu informáciu, ktorá by mohla týmto spoločnosti Medirex spôsobiť akúkoľvek ujmu a v prípade nepravdivosti akýchkoľvek údajov a informácií mnou poskytnutých v tomto čestnom vyhlásení alebo v súvislosti s ním zodpovedám za akúkoľvek ujmu, ktorá spoločnosti Medirex vznikne;
- všetky mnou poskytnuté údaje sú aktuálne a správne;
- som oprávnený konať ako zákonný zástupca vyššie uvedenej neplnoletej osoby, resp. osoby s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony a zároveň zodpovedám za pravdivosť vyššie uvedených osobných údajov tejto osoby, ako aj všetkých informácií, ktoré som poskytol v tomto čestnom vyhlásení alebo v súvislosti s ním;
- potvrdzujem, že som v súlade s príslušnými predpismi na ochranu osobných údajov oprávnený poskytnúť osobné údaje vyššie uvedenej osoby za vyššie uvedeným účelom (napr. disponujem potrebným súhlasom alebo som oprávnený poskytnúť tieto údaje aj bez súhlasu na základe príslušného právneho predpisu);
- beriem na vedomie, že výsledky vyšetrení by mali byť za každých okolností interpretované v súvislostiach a výlučne príslušne odborne spôsobilou a kvalifikovanou osobou, predovšetkým lekárom;
- som si vedomý toho, že spoločnosť Medirex ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti prevádzkujúci zdravotnícke zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek je v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov je oprávnená nesprístupniť pacientovi niektoré výsledky vyšetrení;
- som si vedomý, že spoločnosť Medirex mi bude výsledky vyšetrení sprístupňovať elektronicky až do písomného odvolania tejto žiadosti.

Pre správne vyplnenie tejto žiadosti je potrebné:

Pri doručení žiadosti poštou:

- **správne vyplniť osobné údaje** (prosíme o dôslednosť pri ich vypĺňaní),
- **osvedčiť pravosť podpisu na žiadosti pred notárom alebo mestským úradom,**
- **doručiť žiadosť poštou** (sken podpísanej žiadosti zaslaný elektronicky neakceptujeme). Adresu spoločnosti Medirex nájdete v pätičke tejto žiadosti.

Pri doručení žiadosti osobne:

vlastnoručne žiadosť podpísať a osobne doručiť zamestnancovi odberového centra Medirex, ktorý overí totožnosť žiadateľa, do jedného z týchto odberových centier:

- Centrálne laboratórium, Galvaniho (GBC 4) 17/C, Bratislava
- Poliklinika Karlova Ves, Líščie údolie 57, Bratislava
- Poliklinika Mýtna, Mýtna 5, Bratislava
- Poliklinika Šustekova, Šustekova 2, Bratislava
- Centrálne laboratórium, Novozámocká 67, Nitra
- Centrálne laboratórium, Magnezitárska 2/B, Košice
- Poliklinika, Československej armády 35, Moldava nad Bodvou
- Nemocnica J. A. Reimana Prešov, Jána Hollého 14, Prešov
- Odberové centrum Trebišov, M. R. Štefánika 3544/30, Trebišov
- Odberové centrum, Námestie osloboditeľov 73/985, Michalovce

V ..... dňa ..... Vlastnoručný úradne osvedčený podpis .....

Totožnosť pacienta overil (meno a priezvisko) ..... Podpis .....

MEDIREX GROUP
Galvaniho 17/C • P.O. BOX 143 • 821 04 Bratislava
telefón +421 2 208 29 111 • Fax: +421 2 208 29 112
www.medirex.sk

[1] u cudzinca iný unikátny identifikátor, ak nemá pridelené rodné číslo (číslo pasu a pod.)
[2] vypĺňajú sa údaje maloletej osoby, resp. osoby s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony

Platnosť dokumentu od 1.1.2025