

| | | | |
|---------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| Rodné číslo/ID: | <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena | hl. diagnóza (MKCH): 1. _____ | Kód PZS odosielateľa: _____ |
| Priezvisko: | | pridružená diagnóza: 2. _____ | Kód LEKÁRA odosielateľa: _____ |
| Meno: | | 3. _____ | Kód PZS odporúčajúceho: _____ |
| Dátum narodenia: | | žiadanka vystavená: _____ | Kód LEKÁRA odporúčajúceho: _____ |
| Bydlisko: | | dátum odberu: _____ | |
| Štát: | | čas odberu: _____ | |
| E-mail pacienta: | | kód poistovne: | |
| Mobil pacienta: | | | Pečiatka a podpis lekára |

Informovaný súhlas pre samoplatcov

zákonný zástupca:¹

Podpísaním tohto súhlasu vyhlasujem, že:

- a) si na vlastnú žiadosť objednávam u spoločnosti Medirex a.s. (dalej len „Poskytovateľ“) uskutočnenie laboratórnych vyšetrení uvedených v žiadanke (dalej len „Vyšetrenie“);
- b) som bol oboznámený s cenou Vyšetrenia podľa cenníka zariadenia, u ktorého som si vyšetrenie zakúpil (takýmto zariadením sa rozumie priamo Poskytovateľ alebo iné medicínske zariadenie) a s úhradením ceny Vyšetrenia tomuto zariadeniu, keďže Vyšetrenia nie sú hradené zo zdravotného poistenia (§ 8 písm.a) zákona č. 577/2004 Z.z.);
- c) pred uskutočnením Vyšetrenia som bol zrozumiteľne, ohľaduplnie a bez nátlaku informovaný o účele, povahе, následkoch a rizikách Vyšetrenia, ako aj o možnostiach volby a rizikách odmietnutia Vyšetrenia (§ 6 zákona č. 576/2004 Z.z.) a mal som možnosť sa slobodne rozhodnúť pre Vyšetrenie;
- d) som bol poučený, že pri elektronickom doručení výsledkov Vyšetrení mi budú tieto sprístupnené len po uvedení dohodnutého hesla, ktoré som povinný chrániť pred stratou alebo vyzrazením tretím osobám neoprávnеныm oboznamovať sa s výsledkami Vyšetrenia;
- e) som bol poučený, že ak mi bude zistená prenosná (infekčná) choroba, som povinný prevziať si výsledok Vyšetrenia osobne a doručiť ho môjmu ošetrojucomu lekárovi. Ak poznám zdroj nárazy, som povinný označiť ho môjmu ošetrojucomu lekárovi, alebo mu v opačnom prípade poskytnúť všetky informácie na jeho určenie, a zároveň určiť okruh osôb, na ktoré som mohol chorobu preniesť, a správať sa tak, aby som zabránil prenosu takejto choroby na iné osoby (§ 11 ods.14 zákona č. 576/2004 Z.z.).

Podpísaním tohto súhlasu beriem na vedomie, že:

- a) Poskytovateľ je ako prevádzkovateľ oprávnený spracúvať moje osobné údaje uvedené v žiadanke ako aj samotnú vzorku biologického materiálu za účelom Vyšetrenia ako aj na vedecké a akademické účely priamo na základe právnych zdravotníckych predpisov, Nariadenia GDPR č. 2016/679 a zákona č. 18/2018 Z. z. (dalej len „Predpisy o ochrane OÚ“);
- b) všetky informácie týkajúce sa spracovania osobných údajov Poskytovateľ zverejnil na webstránke www.medirex.sk/legislativa/;
- c) Poskytovateľ nenesie zodpovednosť za následky, ktoré môžu vzniknúť v dôsledku toho, že som poskytol Poskytovateľovi nepravdivé alebo neúplné informácie pri vstupnej konzultácii pred Vyšetrením, alebo som pre Vyšetrenie poskytol vzorku, ktorá nebola odobratá priamo Poskytovateľom;
- d) Poskytovateľ si vyhradzuje právo **niektoré parametre vzorky vyšetriť**, len ak sú dané parametre indikované mojim ošetrojucom lekárom;
- e) výsledky Vyšetrenia nie je možné použiť na právne účely a sú informatívne, poskytnutie samotných výsledkov Vyšetrenia ani následná interpretácia Výsledkov Poskytovateľom alebo mnou samotným nenahradza rozhodnutie lekára o zvolenom postupe stanovenia diagnózy a na ňu nadvádzajúcej určenie liečby, a že Poskytovateľ v tomto smere nepreberá žiadnu zodpovednosť.

Zaškrtnutím polička ako dotknutá osoba v zmysle Predpisov o ochrane OÚ a elektronickej komunikácie dobrovoľne súhlasím, aby Poskytovateľ spracúval moje osobné údaje uvedené v žiadanke za účelom realizácie marketingových aktivít napr. zasielaním emailových informácií o aktuálnych akciách (newsletter) a to počas doby 10 rokov od podpisania tohto súhlasu.*

V Dňa

Pacient (zákonný zástupca)

* Nevyznačená volba je považovaná za nesúhlas.

¹ Len ak má pacient zákonného zástupcu (napr. rodič maloletého pacienta, osoba určená súdom pacientovi, ktorý je pozbavený spôsobilosti na právne úkony). Uvedú sa meno priezvisko zákonného zástupcu a tento súhlas podpisuje zákonný zástupca.

Potvrdenie o platbe za vyšetrenie/a

| | | |
|--|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Platba u lekára | Platba bola uhradená v našej ambulancii/ zdravotníckom zariadení. Súhlasim s fakturáciou zdravotníckemu zariadeniu. | Pečiatka a podpis lekára: |
|--|---|---------------------------|

Ver.001/13.04.23

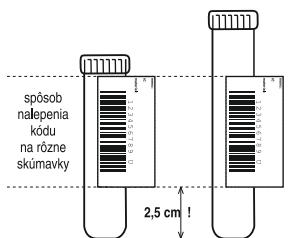
www.medirex.sk

Klientske centrum
0800 400 800

MEDIREX GROUP
Centrálne laboratórium BA
Galvaniho 17/C
821 04 Bratislava

MEDIREX GROUP
Centrálne laboratórium NR
Novozámocká 67
949 05 Nitra-Horné Krškany

MEDIREX GROUP
Centrálne laboratórium KE
Magnezitárska 2/C
040 13 Košice



| PONUKA BALÍČKOV VYŠETRENÍ PRE SAMOPLATCOV | | | |
|---|--------------------------|--|----------------------|
| Kategória: Covid - 19 | | | |
| <input type="checkbox"/> Protilátky po očkovani / prekonaní COVID-19 (IgG - S1,S2 prot.) | Odber S | <input type="checkbox"/> Vyšetrenie po prekonaní COVID-19 | Odber S,E,K |
| <input type="checkbox"/> Protilátky po očkovani / prekonaní COVID-19 (IgG - S1,S2 prot.) + Vitamín D | Odber S | <input type="checkbox"/> Vyšetrenie po prekonaní COVID-19 - ROZŠÍRENÝ | Odber S,E,K |
| <input type="checkbox"/> Protilátky proti COVID-19 (IgA, IgM, IgG - N prot.) | Odber S | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Protilátky proti COVID-19 (IgA, IgM, IgG - N prot.) + Vitamín D | Odber S | <input type="checkbox"/> | |
| Kategória: ALERGIE A INTOLERANCIE | | | |
| <input type="checkbox"/> Alergie - inhalačný panel IgE | Odber S,E | <input type="checkbox"/> Histamínová intolerancia (HIT) | Odber S |
| <input type="checkbox"/> Alergie - potraviny IgE | Odber S,E | <input type="checkbox"/> Potravinové intolerancie - Základný | Odber S |
| <input type="checkbox"/> Genetika celiakie, laktózovej a fruktózovej intolerancie | Odber 2xE | <input type="checkbox"/> Potravinové intolerancie - Rozšírený | Odber S |
| <input type="checkbox"/> Geneticke potvrdenie vrodenej laktózovej a fruktózovej intoleracie | Odber E | <input type="checkbox"/> Potravinové intolerancie - Vegetariánsky | Odber S |
| <input type="checkbox"/> Geneticke potvrdenie vrodenej laktózovej intoleracie | Odber E | <input type="checkbox"/> Potravinové intolerancie - Komplexný | Odber S |
| <input type="checkbox"/> Celiakia | Odber S | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Odber S | <input type="checkbox"/> | |
| Kategória: ZDRAVIE A PREVENCIA | | | |
| <input type="checkbox"/> Bolesti kĺbov | Odber S,E | <input type="checkbox"/> Základné vyšetrenia pre každého | Odber S,E,M |
| <input type="checkbox"/> Pre športovcov | Odber S,E,M | <input type="checkbox"/> Základné vyšetrenia pre každého - ROZŠÍRENÝ | Odber S,E,K,M |
| <input type="checkbox"/> Pre športovcov - ROZŠÍRENÝ | Odber S,2xE,M | <input type="checkbox"/> Zdravé stravovanie/pred diétou | Odber S,E,M |
| <input type="checkbox"/> Predoperačné vyšetrenia | Odber S,2xE,K | <input type="checkbox"/> Zdravie kostí | Odber S,E,M |
| <input type="checkbox"/> Stres a záťaž | Odber S,E,F,M | <input type="checkbox"/> Zdravie muža | Odber S,E,K,M |
| <input type="checkbox"/> Stres a záťaž - ROZŠÍRENÝ | Odber 2xE,F,M | <input type="checkbox"/> Zdravie seniorky | Odber S,E,F,M |
| <input type="checkbox"/> Vegetariáni + Vegáni | Odber S,2xE,M | <input type="checkbox"/> Zdravie ženy | Odber S,E,K,M |
| Kategória: INTÍMNE ZDRAVIE | | | |
| <input type="checkbox"/> HIV a Syfilis | Odber S | <input type="checkbox"/> Intímny balík pre muža - pohlavné choroby - ZÁKLADNÝ | Odber S,M |
| <input type="checkbox"/> HIV, Syfilis, Hepatitída B a C | Odber S | <input type="checkbox"/> Intímny balík pre muža - pohlavné choroby - ROZŠÍRENÝ (Len urologické ambulancie) | Odber S,M,T |
| <input type="checkbox"/> Hormonálny profil pre ženy | Odber S | <input type="checkbox"/> Intímny balík pre muža - pohlavné choroby - KOMPLEXNÝ (Len urologické ambulancie) | Odber S,M,2xT |
| <input type="checkbox"/> Hormonálny profil pre ženy - ROZŠÍRENÝ | Odber S | <input type="checkbox"/> Pred antikoncepciou | Odber S,E,K |
| <input type="checkbox"/> Hormonálny profil pre mužov | Odber S | <input type="checkbox"/> Pred otehotnením | Odber 2xE,S,E,K,M |
| <input type="checkbox"/> Hormonálny profil pre mužov – ROZŠÍRENÝ | Odber 2xS | <input type="checkbox"/> Pri užívaní antikoncepcie | Odber S,K |
| <input type="checkbox"/> Intímny balík pre ženu - pohlavné choroby - ZÁKLADNÝ (Len gynekologické ambulancie) | Odber T | <input type="checkbox"/> Zápal močových ciest | Odber S,E,2xM |
| <input type="checkbox"/> Intímny balík pre ženu - pohlavné choroby - ROZŠÍRENÝ (Len gynekologické ambulancie) | Odber S,2xT | <input type="checkbox"/> Žltáčka (Hepatitída B a C) | Odber S |
| <input type="checkbox"/> Intímny balík pre ženu - pohlavné choroby - KOMPLEXNÝ (Len gynekologické ambulancie) | Odber S,3xT | <input type="checkbox"/> | |
| Kategória: PORUCHY FUNKCIÍ ORGÁNOV | | | |
| <input type="checkbox"/> Funkcia obličiek | Odber S,E,2xM | <input type="checkbox"/> Respiračný balík - ROZŠÍRENÝ | Odber S,E,2xT |
| <input type="checkbox"/> Funkcia pečene a trávenie | Odber S,E,F,K,M | <input type="checkbox"/> Štítna žlaza | Odber 2xS,E |
| <input type="checkbox"/> Funkcia pečene + trávenie + črevné parazítózy | Odber S,E,4xF,K,M | <input type="checkbox"/> Štítna žlaza - ROZŠÍRENÝ | Odber 2xS,E |
| <input type="checkbox"/> Funkcia pečene a tkanivové parazítózy | Odber 2xS,E,K | <input type="checkbox"/> Vypadávanie vlasov | Odber S |
| <input type="checkbox"/> Respiračný balík | Odber S,E,2xT | <input type="checkbox"/> Zápal v organizme | Odber S |
| Kategória: CIVILIZAČNÉ OCHOREŇIA | | | |
| <input type="checkbox"/> Anémia/Málokrvnosť | Odber S,E | <input type="checkbox"/> Metabolický balík | Odber S,E |
| <input type="checkbox"/> Cukrovka | Odber S,E,2xM | <input type="checkbox"/> Trombofilné stavby (Štítkom stačí označiť jednu koagulačnú skúmavku K.) | Odber S,3xE,2xK |
| <input type="checkbox"/> Cukrovka - ROZŠÍRENÝ | Odber S,E,2xM | <input type="checkbox"/> Tuky a srdcovo-cievne riziko | Odber S |
| <input type="checkbox"/> Kardio balík | Odber S,2xE,K | <input type="checkbox"/> | |
| Kategória: SEZÓNE VYŠETRENIA | | | |
| <input type="checkbox"/> Vitamín D | Odber S | <input type="checkbox"/> Klieštová encefalítida a ľymská borelióza | Odber S |
| INÉ BALÍČKY | | | |
| <input type="checkbox"/> Vyšetrenie črevného mikrobiómu zo vzorky stolice (odberová sada na vyžiadanie) | <input type="checkbox"/> | | |

Zoznam skratiek odberového materiálu:

S - Sérová/gélová skúmavka
E - EDTA skúmavka

- Sterilný kontajner na stolicu
 - Citrát sodný skúmavka

M - Močová skúmavka
T - Tampón