

Rodné číslo/ID: _____

Priezvisko: _____

Meno: _____

Dátum narodenia: _____

Bydlisko: _____

Štát: _____

E-mail pacienta: _____

Mobil pacienta: _____

☐ muž ☐ žena

hl. diagnóza (MKCH):
1. _____
pridružená diagnóza: 2. _____
3. _____

žiadanka vystavená: _____
dátum odberu: _____
čas odberu: _____
kód poisťovne: 1402

Kód PZS odosielateľa: _____

Kód LEKÁRA odosielateľa: _____

Kód PZS odporúčajúceho: _____

Kód LEKÁRA odporúčajúceho: _____

Pečiatka a podpis lekára

Informovaný súhlas pre samoplatcov

☐ zákonný zástupca¹

Podpisáním tohto súhlasu vyhlasujem, že:

a) si **na vlastnú žiadosť** objednávam u spoločnosti Medirex a.s. (ďalej len „Poskytovateľ“) uskutočnenie **laboratórnych vyšetrení** uvedených v žiadanke (ďalej 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 **súhlasím s uhradením 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, ohľaduplne a bez nátlaku informovaný o účele, povahe, následkoch a rizikách Vyšetrenia, ako aj o možnostiach voľby 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 vyzradením tretím osobám neoprávneným oboznamovať sa s výsledkami Vyšetrení;

e) som bol poučený, že **ak mi bude zistená prenosná (infekčná) choroba**, som povinný **prevziať si výsledok Vyšetrenia osobne** a doručiť ho môjmu ošetrojúcemu lekárovi. **Ak poznám zdroj nákazy, som povinný označiť ho môjmu ošetrojúcemu 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.).

☐ Zaškrtnutím políčka 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 voľba 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.

www.medirex.sk

Klientske centrum

0800 400 800

MEDIREX GROUP

Centrálné laboratórium BA

Galvaniho 17/C

821 04 Bratislava

MEDIREX GROUP

Centrálné laboratórium NR

Novozámocká 67

949 05 Nitra–Horné Krškany

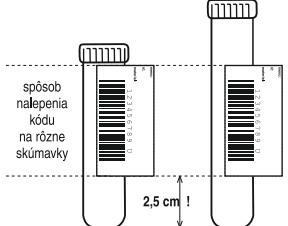
MEDIREX GROUP

Centrálné laboratórium KE

Magnezitárska 2/C

040 13 Košice

spôsob nalepenia kódu na rôzne skúmavky



Ver:012, 12.02.24

PONUKA BALÍČKOV VYŠETRENÍ PRE SAMOPLATCOV					
Kategória: Covid - 19					
		Odber			Odber
☐ Protilátky po očkovaní / prekonaní COVID-19 (IgG)	5865	S	☐ Protilátky proti COVID-19 (IgA, IgM, IgG) + Vitamín D	5868	S
☐ Protilátky po očkovaní / prekonaní COVID-19 (IgG) + Vitamín D	5869	S	☐ Vyšetrenie po prekonaní COVID-19	5871	S,E,K
☐ Protilátky proti COVID-19 (IgA, IgM, IgG)	5863	S	☐ Vyšetrenie po prekonaní COVID-19 - ROZŠÍRENÝ	5872	2xS,E,K
Kategória: ALERGIE A INTOLERANCIE					
		Odber			Odber
☐ Alergie - inhalačný panel IgE	5861	2xS,E	☐ Histamínová intolerancia (HIT)	5827	S
☐ Alergie - potraviny IgE	5810	2xS,E	☐ Potravinové intolerancie - Základný (54)	6814	S
☐ Genetika celiakie, laktózovej a fruktózovej intolerancie	6804	S,E	☐ Potravinové intolerancie - Rozšírený (108)	6815	S
☐ Genetické potvrdenie vrodenej laktózovej a fruktózovej intolerancie	5809	E	☐ Potravinové intolerancie - Vegetariánsky (108)	6816	S
☐ Genetické potvrdenie vrodenej laktózovej intolerancie	5909	E	☐ Potravinové intolerancie - Komplexný (216)	6817	S
☐ Celiakia	5821	2xS	☐		
Kategória: ZDRAVIE A PREVENCIA					
		Odber			Odber
☐ Bolesť kĺbov	5813	2xS,E	☐ Vegetariáni + Vegáni	5852	S,2xE,M
☐ Index zdravej prostaty - PHI	309	S	☐ Základné vyšetrenia pre každého	5801	S,E,M
☐ Ovčie kiahne – protilátky po prekonaní (IgG, IgM)	6805	S	☐ Základné vyšetrenia pre každého - ROZŠÍRENÝ	5839	S,E,K,M
☐ Pre športovcov	5831	2xS,E,M	☐ Základné vyšetrenia pre každého - KOMPLEXNÝ	6818	S,2xE,K,M
☐ Pre športovcov - ROZŠÍRENÝ	5853	2xS,2xE,M	☐ Zdravé stravovanie/pred diétou	5832	2xS,E,M
☐ Predoperačné vyšetrenia	5805	2xS,2xE,K	☐ Zdravie kostí	5846	S,E,M
☐ Respiračný balík	5859	S,E,2XT	☐ Zdravie muža	5815	S,E,K,M
☐ Respiračný balík - ROZŠÍRENÝ	5860	S,E,2XT	☐ Zdravie seniora	5854	S,E,F,M
☐ Stres a záťaž	5833	S,2xE,F,M	☐ Zdravie ženy	5830	S,E,K,M
☐ Stres a záťaž - ROZŠÍRENÝ	5855	2xS,E,F,M	☐		
Kategória: INTÍMNE ZDRAVIE					
		Odber			Odber
☐ HIV a Syfilis	5818	S	☐ Intímny balík pre muža - pohlavné choroby - ZÁKLADNÝ	6806	S,M
☐ HIV, Syfilis, Hepatitída B a C	5820	S	☐ Intímny balík pre muža - pohlavné choroby - ROZŠÍRENÝ (uro)	5875	S,M,T-a
☐ Hormonálny profil pre ženy	5816	S	☐ Intímny balík pre muža - pohlavné choroby - KOMPLEXNÝ (uro)	6807	S,M,T-s,T-a
☐ Hormonálny profil pre ženy - ROZŠÍRENÝ	5848	S	☐ Pred antikoncepciou	5850	S,E,K
☐ Hormonálny profil pre mužov	5881	S	☐ Pred otehotnením	5849	3xS,E,K,M
☐ Hormonálny profil pre mužov – ROZŠÍRENÝ	5882	2xS	☐ Pri užívaní antikoncepcie	5817	S,K
☐ Intímny balík pre ženu - pohlavné choroby - ZÁKLADNÝ (gyn)	6806	S,T-s	☐ Zápal močových ciest	5843	S,E,2xM
☐ Intímny balík pre ženu - pohlavné choroby - ROZŠÍRENÝ (gyn)	5858	S,T-s,2xT-a	☐ Žltáčka (Hepatitída B a C)	5819	S
☐ Intímny balík pre ženu - pohlavné choroby - KOMPLEXNÝ (gyn)	6807	S,T-s,2xT-a	☐		
Kategória: PORUCHY FUNKCIÍ ORGÁNOV					
		Odber			Odber
☐ Funkcia obličiek	5811	S,E,2xM	☐ Štitná žľaza	5847	S
☐ Funkcia pečene a trávenie	5841	3xS,E,2xF,K,M	☐ Štitná žľaza - ROZŠÍRENÝ	5802	S
☐ Funkcia pečene + trávenie + črevné parazitózy	5842	3xS,E,5xF,K,M	☐ Vypadávanie vlasov	6808	2xS,E
☐ Funkcia pečene a tkanivové parazitózy	5840	2xS,E,K	☐ Zápal v organizme	5814	S,E
Kategória: CIVILIZAČNÉ OCHORENIA					
		Odber			Odber
☐ Anémia/Málokrvnosť	5806	S,E	☐ Metabolický balík	5845	S,2xE
☐ Cukrovka	5803	S,2xE,2xM	☐ Trombofilné stavy (Štítkom stačí označiť jednu koagulačnú skúmavku K.)	5856	2xS,3xE,3xK
☐ Cukrovka - ROZŠÍRENÝ	5844	S,2xE,2xM	☐ Tuhy a srdcovo-cievne riziko	5804	S
☐ Kardio balík	5812	S,2xE,K	☐		
Kategória: SEZÓNE VYŠETRENIA					
		Odber			Odber
☐ Vitamín D	5866	S	☐ Kliešťová encefalitída a lymská borelióza	5870	S
INÉ BALÍČKY					
☐ Vyšetrenie črevného mikrobiómu zo vzorky stolice (sada na vyžiadanie)	26000		☐		

Zoznam skratiek odberového materiálu:

S - Sérová/gélová skúmavka

F - Sterilný kontajner na stolicu

M - Močová skúmavka

E - EDTA skúmavka

K - Citrát sodný skúmavka

T - Tampón