

Rodné číslo/ID: _____	☐ muž ☐ 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 poisťovne: _____	
Mobil pacienta: _____			
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 Vyšetrení tomuto zariadeniu**, keďže Vyšetrenia nie sú hrazené zo zdravotného poistenia (§ 8 písm. a) zákona č. 577/2004 Z. z.);

c) **pred uskutočnením Vyšetrení 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.).

V Dňa

Pacient (zákonný zástupca)

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. (ďalej 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 ošetrojúcim lekárom**;

e) **výsledky Vyšetrení nie je možné použiť na právne účely a sú informatívne**, poskytnutie samotných výsledkov Vyšetrení ani následná interpretácia Výsledkov Poskytovateľom alebo mnou samotným nenahrádza rozhodnutie lekára o zvolenom postupe stanovenia diagnózy a na ňu nadväzujúce určenie liečby, a že Poskytovateľ v tomto smere nepreberá žiadnu zodpovednosť.

☐ 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.*

* 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.

Potvrdenie o platbe za vyšetrenie/a		
☐ Platba u lekára	Platba bola uhradená v našej ambulancii/ zdravotníckom zariadení. Súhlasím s fakturáciou zdravotníckemu zariadeniu.	Pečiatka a podpis lekára:

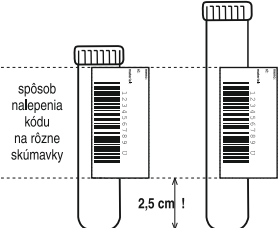
www.medirex.sk
Klientske centrum
0800 400 800

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 skúmanky



Ver012.12.02.24

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	☐ Žltacka (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	☐ Tuky 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