

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 hradené 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.).

Podpisáním 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. (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.*

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.

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

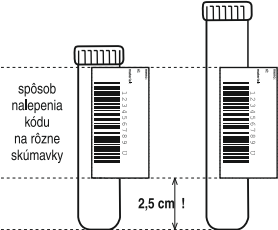
MEDIREX GROUP

Centrálné laboratórium KE

Magnezitárska 2/C

040 13 Košice

spôsob nalepenia kódu na rôzne skúmanky



PONUKA BALÍČKOV VYŠETRENÍ PRE SAMOPLATCOV					
Kategória: ZDRAVIE A PREVENCIA					
		Odber			Odber
☐ Index zdravej prostaty - PHI	6838	S	☐ Vyšetrenie po prekonaní COVID-19 - ROZŠÍRENÝ	5872	2xS,E,K
☐ Kliešťová encefalitída a lymská borelióza	5870	S	☐ Základné vyšetrenia pre každého	5801	S,E,M
☐ Mužská vitalita	5911	S,E	☐ Základné vyšetrenia pre každého - ROZŠÍRENÝ	5839	S,E,K,M
☐ Ovocie kiahne – protilátky po prekonaní (IgG, IgM)	6805	S	☐ Základné vyšetrenia pre každého - KOMPLEXNÝ	6818	S,E,K,M,F
☐ Protilátky po očkovaní / prekonaní COVID-19 (IgG)	5865	S	☐ Zápal v organizme	5814	S,E
☐ Protilátky po očkovaní / prekonaní COVID-19 (IgG) + Vitamín D	5869	S	☐ Zdravie muža	5815	S,E,K,M
☐ Respiračný balík	5859	S,E,2xT	☐ Zdravie seniora	5854	S,E,FM
☐ Rešpiračný balík - rozšírený	5860	S,E,2xT	☐ Zdravie ženy	5830	S,E,K,M
☐ Vyšetrenie po prekonaní COVID-19	5871	S,E,K	☐		
Kategória: PORUCHY FUNKCIÍ ORGÁNOV					
		Odber			Odber
☐ Funkcia obličiek	5811	S,E,2xM	☐ Zdravé trávenie a pečeň	5841	3xS,E,2xFK,M
☐ Štitna žľaza	5847	S	☐ Zdravé trávenie, pečeň a črevné parazitózy	5842	3xS,E,5xFK,M
☐ Štitna žľaza - ROZŠÍRENÝ	5802	S	☐ Zdravie kostí a kĺbov	5846	S,E,M
☐ Zdravá pečeň a tkanivové parazitózy	5840	2xS,E,K	☐		
Kategória: CIVILIZAČNÉ OCHORENIA					
		Odber			Odber
☐ Anémia/Málokrvnosť	5806	S,E	☐ Kardio balík	5812	S,2xE,K
☐ Cukrovka	5803	S,2xE,2xM	☐ Metabolický balík	5845	S,2xE
☐ Cukrovka - ROZŠÍRENÝ	5844	S,2xE,2xM	☐ Trombofilné stavy (Štítkom stačí označiť jednu koagulačnú skúmavku K.)	5856	S,3xE,3xK
☐ ColonAiQ	7291	D	☐ Tuky a srdcovo-cievne riziko	5804	S
Kategória: ALERGIE A INTOLERANCIE					
		Odber			Odber
☐ Alergie - inhalačný panel IgE	5861	2xS,E	☐ Histamínová intolerancia (HIT)	5827	S
☐ Alergie - potravinový IgE	5810	2xS,E	☐ Pestrá strava	6819	S,E
☐ Celiakia	5821	2xS	☐ Potravinové intolerancie - ZÁKLADNÉ POTRAVINY 54	6814	S
☐ Genetika celiakie, laktózovej a fruktózovej intolerancie	6804	S,2xE	☐ Potravinové intolerancie - ROZŠÍRENÝ 108	6815	S
☐ Genetické potvrdenie vrodenej laktózovej a fruktózovej intolerancie	5809	E	☐ Potravinové intolerancie - KOMPLEXNÝ 216	6817	S
☐ Genetické potvrdenie vrodenej laktózovej intolerancie	5909	E	☐		
Kategória: ČREVNÝ MIKROBIÓM					
		Odber			Odber
☐ Vyšetrenie črevného mikrobiómu zo vzorky stolice (sada na vyžiadanie)	26000		☐		
Kategória: ŽIVOTNÝ ŠTÝL					
		Odber			Odber
☐ Mastné kyseliny	5100	E	☐ Vegetariáni + Vegáni	5852	S,2xE,M
☐ Oxidačný stres	6839	2xS,E	☐ Vitamíny a koenzým Q10	5851	2xS,E
☐ Pre športovcov	5831	2xS,E,M	☐ Vypadávanie vlasov	6808	S,E
☐ Stres a záťaž	5833	S,E,FM	☐ Zdravé stravovanie/pred diétou	5832	2xS,E,M
☐ Stres a záťaž - ROZŠÍRENÝ	5855	2xS,E,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 (gyn./uro.)	5875	S,M,T-a
☐ Hormonálny profil pre ženy	5816	S	☐ Intímny balík pre muža - pohlavné choroby - KOMPLEXNÝ (gyn./uro.)	6807	S,M,T-s,T-a
☐ Hormonálny profil pre ženy - ROZŠÍRENÝ	5848	S	☐ PCOS - Nepravidelný MC? ÁNO / NIE (zakrúžkujte odpoveď)	5120	S
☐ Hormonálny profil pre mužov	5881	S	☐ Pred antikoncepciou	5850	S,2xE,K
☐ Hormonálny profil pre mužov - ROZŠÍRENÝ	5882	2xS	☐ Pred otehotnením	5849	3xS,E,K,M
☐ Intímny balík pre ženu - pohlavné choroby - ZÁKLADNÝ (gyn./uro.)	6809	S,T-s	☐ Pri užívaní antikoncepcie	5817	S,K
☐ Intímny balík pre ženu - pohlavné choroby - ROZŠÍRENÝ (gyn./uro.)	5858	S,T-s,T-a	☐ Zápal močových ciest	5843	S,E,2xM
☐ Intímny balík pre ženu – pohlavné choroby - KOMPLEXNÝ (gyn./uro.)	6810	S,T-s,T-a	☐ Žltacka (Hepatitída B a C)	5819	S
INÉ BALÍČKY					
☐					

Zoznam skratiek odberového materiálu: D - CF DNA skúmavka; S - Sérová/gélová skúmavka; E - EDTA skúmavka; F - Sterilný kontajner na stolicu; K - Citrát sodný skúmavka; M - Močová skúmavka; T - Tampón