

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.....

Podpísaním 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.).

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. (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 podpísania 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 skúmavky

2,5 cm !

Ver-009_15.12.22

PONUKA BALÍČKOV VYŠETRENÍ PRE SAMOPLATCOV			
Kategória: Covid - 19			
	Odber		Odber
☐ Protilátky po očkovaní / prekonaní COVID-19 (IgG - S1,S2 prot.)	S	☐ Vyšetrenie po prekonaní COVID-19	S,E,K
☐ Protilátky po očkovaní / prekonaní COVID-19 (IgG - S1,S2 prot) + Vitamín D	S	☐ Vyšetrenie po prekonaní COVID-19 - ROZŠÍRENÝ	S,E,K
☐ Protilátky proti COVID-19 (IgA, IgM, IgG - N prot.)	S	☐	
☐ Protilátky proti COVID-19 (IgA, IgM, IgG - N prot.) + Vitamín D	S	☐	
Kategória: ALERGIE A INTOLERANCIE			
	Odber		Odber
☐ Alergie - inhalačný panel IgE	S,E	☐ Histamínová intolerancia (HIT)	S
☐ Alergie - potraviný IgE	S,E	☐ Potravinové intolerancie - ZÁKLADNÉ POTRAVINY 44	S
☐ Genetika celiakie, laktózovej a fruktózovej intolerancie	2xE	☐ Potravinové intolerancie - ZÁKLADNÉ POTRAVINY 90	S
☐ Genetické potvrdenie vrodenej laktózovej a fruktózovej intolerancie	E	☐ Potravinové intolerancie - ALTERNATÍVNE POTRAVINY	S
☐ Genetické potvrdenie vrodenej laktózovej intolerancie	E	☐ Potravinové intolerancie - SKRYTÉ, VZÁČNE A ZRIEDKAVÉ POTRAVINY	S
☐ Celiakia	S	☐ Potravinové intolerancie – ALL-IN-ONE	S
☐		☐ Potravinové intolerancie - VEGETARIÁNSKE POTRAVINY	S
Kategória: ZDRAVIE A PREVENCIA			
	Odber		Odber
☐ Bolesť kĺbov	S,E	☐ Základné vyšetrenia pre každého	S,E,M
☐ Pre športovcov	S,E,M	☐ Základné vyšetrenia pre každého - ROZŠÍRENÝ	S,E,K,M
☐ Pre športovcov - ROZŠÍRENÝ	S,2xE,M	☐ Zdravé stravovanie/pred diétou	S,E,M
☐ Predoperačné vyšetrenia	S,2xE,K	☐ Zdravie kostí	S,E,M
☐ Stres a záťaž	S,E,F,M	☐ Zdravie muža	S,E,K,M
☐ Stres a záťaž - ROZŠÍRENÝ	2xS,E,F,M	☐ Zdravie seniora	S,E,F,M
☐ Vegetariáni + Vegáni	S,2xE,M	☐ Zdravie ženy	S,E,K,M
Kategória: INTÍMNE ZDRAVIE			
	Odber		Odber
☐ HIV a Syfilis	S	☐ Intímny balík pre muža - pohlavné choroby - ZÁKLADNÝ	S,M
☐ HIV, Syfilis, Hepatitída B a C	S	☐ Intímny balík pre muža - pohlavné choroby - ROZŠÍRENÝ (Len urologické ambulancie)	S,M,T
☐ Hormonálny profil pre ženy	S	☐ Intímny balík pre muža - pohlavné choroby - KOMPLEXNÝ (Len urologické ambulancie)	S,M,2xT
☐ Hormonálny profil pre ženy - ROZŠÍRENÝ	S	☐ Pred antikoncepciou	S,E,K
☐ Hormonálny profil pre mužov	S	☐ Pred otehotnením	2xS,E,K,M
☐ Hormonálny profil pre mužov – ROZŠÍRENÝ	2xS	☐ Pri užívaní antikoncepcie	S,K
☐ Intímny balík pre ženu - pohlavné choroby (Odber len v gynekologickej ambulancii)	S,2xT	☐ Zápal močových ciest	S,E,2xM
☐		☐ Žltáčka (Hepatitída B a C)	S
Kategória: PORUCHY FUNKCIÍ ORGÁNOV			
	Odber		Odber
☐ Funkcia obličiek	S,E,2xM	☐ Respiračný balík - ROZŠÍRENÝ	S,E,2xT
☐ Funkcia pečene a trávenie	S,E,F,K,M	☐ Štitna žľaza	2xS,E
☐ Funkcia pečene + trávenie + črevné parazitozy	S,E,4xF,K,M	☐ Štitna žľaza - ROZŠÍRENÝ	2xS,E
☐ Funkcia pečene a tkanivové parazitozy	2xS,E,K	☐ Vypadávanie vlasov	S
☐ Respiračný balík	S,E,2xT	☐ Zápal v organizme	S
Kategória: CIVILIZAČNÉ OCHORENIA			
	Odber		Odber
☐ Anémia/Málokrvnosť	S,E	☐ Metabolický balík	S,E
☐ Cukrovka	S,E,2xM	☐ Trombofilné stavy (Štítkom stačí označiť jednu koagulačnú skúmavku K.)	S,3xE,2xK
☐ Cukrovka - ROZŠÍRENÝ	S,E,2xM	☐ Tuky a srdcovo-cievne riziko	S
☐ Kardio balík	S,2xE,K	☐	
Kategória: SEZÓNE VYŠETRENIA			
	Odber		Odber
☐ Vitamín D	S	☐ Kliešťová encefalitída a lymská borelióza	S
INÉ BALÍČKY			
☐		☐	

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