

Vypí­ňať paličkovým písmom guľôčkovým tmavým perom.

Kód žiadan­ky:

Rodné číslo:		Kód diagnózy (MKCH): 1.		Kód poskytovateľa:	
Priezvisko:		Dátum odberu:		Kód odosiela­júceho lekára:	
Meno:		Čas odberu:		Tel. číslo lek./ambulancie:	
Bydlisko:		Výška	cm	Podpísaný/-á lekár/-ka: Týmto potvrdzujem, že som riadne poučil/-a pacientku o navrhnutom vyšetrení, ako aj o všetkých otázkach s tým súvisiacich tak, ako je uvedené v žiadanke a poučení.	
Mobil:		Hmotnosť	kg	Pečiatka s čí­ta­teľ­ným kódom lekára	
E-mail:					

ANAMNÉZA

Transfúzia krvi (6 mesiacov)

☐ áno ☐ nie

Transplantácia

☐ áno ☐ nie

Poznámky:

AKTUÁLNA GRAVIDITA

Prvý deň poslednej menštruácie

Počet plodov

Gestačný vek podľa USG

+

týždeň deň

Chorionická

☐ monochoriálne ☐ bichoriálne

Syndróm miznúceho dvojčata

☐ áno ☐ nie

Liečba LMWH

☐ áno ☐ nie

Gravidita po IVF

☐ áno ☐ nie

Imunomodulačná liečba

☐ áno ☐ nie☒ RhD - NIPT genetické vyšetrenie

Informovaný súhlas pre samoplatcov

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 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**;

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 stránke 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;

- ☐ 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.

POTVRDENIE O PLATBE V AMBULANCII (vyplní lekár):

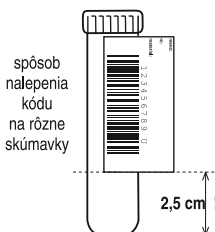
Cena za laboratórne vyšetrenie BOLA UHRADENÁ v našej ambulancii/zdravotníckom zariadení vo výške:

EUR

Súhlasím s fakturáciou vyšetrenia zdravotníckemu zariadeniu.

V dňa

Potvrdí lekár len v prípade, ak pacient uhradí cenu za laboratórne vyšetrenie v ambulancii/zdravotníckom zariadení



Oderbový systém:

● SARSTEDT Monovette® ■ BD Vacutainer®

(farba značky zodpovedá farbe uzáveru skúmavky)

Oderb­ vzoriek a oderbový materiál pre cfDNA diagnostiku:

- vzorky doručené do 36 h/ 4 °C do Centrálného Laboratória v Bratislave** oderbový systém na krvný obraz (EDTA) Vacutainer® alebo Sarstedt®: objem á 10 ml – 1x plná skúmavka!
- vzorky, ktoré nemožno doručiť do 36 h/ 4 °C do CL v Bratislave** systém Streck Cell Free DNA BCT® (www.streck.com)

Obchodné meno: **Medirex, a.s.**, člen **MEDIREX GROUP**

Poštová adresa: Galvaniho 17/C, P.O. BOX 143, 820 16 Bratislava

Sídlo (fakturácia): Holubyho 35, 902 01 Pezinok

IČO: 35 766 450

DIČ: 2020204340

Bankové spojenie: 1032584092/1111 UniCredit Bank Slovakia a. s.

SWIFT kód: UNCRSKBX, IBAN: SK18 1111 0000 0010 3258 4092

Spoločnosť je zapísaná v OR Okresného súdu BA I, odd.: Sa, vložka č. 4185/B

Tel.: +421 2 20 82 91 11

Fax: +421 2 20 82 91 12

www.medirex.sk, www.medirexgroup.sk, www.medirexplatby.sk