

ŽIADANKA O VYŠETRENIE – PATOLOGICKÁ ANATÓMIA

Gynekologická cytológia



Platná od 1. 7. 2023

Rodné číslo	Platiteľ	Fakturovať: <input type="checkbox"/> lekár <input type="checkbox"/> pacient	Číslo vyšetrenia
Priezvisko	Meno	Pohlavie: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	Dátum prijatia
Ulica, číslo domu*	PSČ*	Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára	
Mesto/obec*	Dátum odberu		
Kód hospit. prípadu	Dg. (MKCH) – PP	Dg. (MKCH)	Dátum vystavenia žiadanky
Odporúčajúci lekár	Meno a priezvisko	A kód	P kód

* adresu pacienta žiadame vyplniť v prípade samoplatcu alebo vyšetrení hlásených v zmysle zákona č. 355/2007 Z. z.

ANAMNÉZA, STAV PACIENTA

	počet	dátum posledného
<input type="checkbox"/> pôrody		
<input type="checkbox"/> potraty		
<input type="checkbox"/> UPT		

AKTUÁLNA TERAPIA, GRAVIDITA

IUD HATK HRT GRAV

MENŠTRUAČNÝ CYKLUS

pravidelný amenorea dátum PM
 nepravidelný klimax

PREDCHÁDZAJÚCE CYTOLOGICKÉ VYŠETRENIE (opis)

PREDCHÁDZAJÚCE HPV VYŠETRENIE (opis)

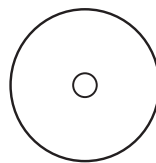
ABSOLVOVANÉ ZÁKROKY

konizácia D&C EDK HYE

dátum zákroku, nález, diagnózy

AKTUÁLNY NÁLEZ

vyšetrované: spekulum kolposkopia



ODOBRATÝ MATERIÁL

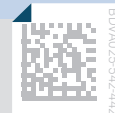
exocervix endocervix vagína vulva

označenie skla č. 1

označenie skla č. 2

tekuté médium (LBC)

LBC (Plne hrazené z verejného zdravotného poistenia pre poistencov ZP Dôvera a ZP Union)



OBJEDNANÉ VYŠETRENIA

Cytológia hodnotená klasifikačným systémom Bethesda 2014

LBC (Plne hrazené z verejného zdravotného poistenia pre poistencov ZP Dôvera a ZP Union)

Dôkaz vysokorizikových HPV DNA

Detekcia genotypov HPV 16, HPV 18 a skupinová detekcia ďalších 12 vysokorizikových HPV genotypov (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68)

[HPVCP]

UPOZORNENIE: Vyšetrenie HPV je realizované iba vo zorky LBC odobratej z krčka maternice.

Indikácia na vyšetrenie sa riadi platnými pravidlami ZP, ktoré sú dostupné aj na www.unilabs.sk.

POZNÁMKA OD ODOSIELAJÚCEHO LEKÁRA

VYHLÁSENIA PACIENTA – SAMOPLATCU LABORATÓRNYCH VYŠETRENÍ

Žiadam o poskytnutie zdravotnej starostlivosti v rozsahu vyšetrení uvedených v tejto žiadanke, v zmysle práva na výber poskytovateľa v súlade s ustanovením § 11 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v platnom znení. Súhlasím v súlade s ustanovením § 7 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení so spracovaním svojich osobných údajov uvedených na žiadanke za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Súhlas udeľujem na dobu neurčitú a je možné ho odvolať v prípade nezákonného nakladania s osobnými údajmi.

Dátum:

Podpis:

Osobné údaje sú spracovávané na účely stanovenia klinickej diagnózy a služieb s tým spojených.

Viac informácií o spracovaní vašich osobných údajov a o právach nájdete na <https://www.unilabs.sk/ochrana-udajov>