

# ŽIADANKA O VYŠETRENIE – PATOLOGICKÁ ANATÓMIA

Gynekologická cytológia – preventívna prehliadka



Platná od 1. 7. 2023

Rodné číslo	Platiteľ	Fakturovať:	lekár	Číslo vyšetrenia
	kód ZP, samoplatca, PZS		pacient	Dátum prijatia
Priezvisko	Meno	Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára		
Ulica, číslo domu*	PSČ*			
Mesto/obec*	Dátum odberu			
Kód hospit. prípadu	Dg. (MKCH)	Dátum vystavenia žiadanky		
	<input type="checkbox"/> Z01.4 <input type="checkbox"/> Z12.4			
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	ABSOLVOVANÉ ZÁKROKY	
<input type="checkbox"/> pôrody		<input type="checkbox"/> konizácia	<input type="checkbox"/> D&C
<input type="checkbox"/> potraty		<input type="checkbox"/> EDK	<input type="checkbox"/> HYE
<input type="checkbox"/> UPT		dátum zákroku, nález, diagnózy	
AKTUÁLNA TERAPIA, GRAVIDITA		AKTUÁLNY NÁLEZ	
<input type="checkbox"/> IUD	<input type="checkbox"/> HATK <input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> GRAV		
MENŠTRUAČNÝ CYKLUS		vyšetované: <input type="checkbox"/> spekulum <input type="checkbox"/> kolposkopia	
<input type="checkbox"/> pravidelný	<input type="checkbox"/> amenorea		
<input type="checkbox"/> nepravidelný	<input type="checkbox"/> klimax		
PREDCHÁDZAJÚCE CYTOLOGICKÉ VYŠETRENIE			
dátum			
výsledok (opis)			
PREDCHÁDZAJÚCE HPV VYŠETRENIE			
dátum			
výsledok (opis)			

## ODOBRATÝ MATERIÁL

<input type="checkbox"/> exocervix	<input type="checkbox"/> endocervix	<input type="checkbox"/> vagína	<input type="checkbox"/> vulva
označenie skla č. 1	označenie skla č. 2	tekuté médium (LBC)	
		LBC (plne hrađené ZP Dôvera a ZP Union)	

## OBJEDNANÉ VYŠETRENIA

<input type="checkbox"/> Cytológia hodnotená klasifikačným systémom Bethesda 2014	<input type="checkbox"/> LBC (plne hrađené ZP Dôvera a ZP Union)
	<input type="checkbox"/> HPV (len dg. Z12.4)

## POZNÁMKA OD ODOSIELAJÚCEHO LEKÁRA

### VYHLÁSENIA PACIENTA – SAMOPLATCU LABORÁTORŇNYCH 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>

Máte otázky či problém? Volajte call centrum 0850 150 000, [www.unilabs.sk](http://www.unilabs.sk), [info.sk@unilabs.com](mailto:info.sk@unilabs.com)

reg. značka: AMDCP/07/2023/04