

Rodné číslo

Prijaté dňa:

Lab. číslo:

Meno a priezvisko, titul

Fakturovať:

 lekár pacient

Telefónne číslo (povinný údaj)

Kód zmluvného lekára:

Kód zmluvného PZS:

E-mail (povinný údaj)

Dátum odberu

Pečiatka a podpis:

Ulica, číslo, mesto/PSČ *

Čas odberu

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

INFORMOVANÝ SÚHLAS PRE SAMOPLATCOV PODĽA § 6 ZÁKONA Č. 576/2004 Z. Z.

Ja dolupodpísaný/á svojim podpisom súhlasím a zároveň potvrdzujem, že:

- si na vlastnú žiadosť objednávam u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (ďalej len „Poskytovateľ“) uskutočnenie vyšetrenia uvedeného v žiadanke (ďalej len „vyšetrenie/výkon“);
- som bol oboznámený s cenou vyšetrenia/výkonu podľa cenníka Poskytovateľa a súhlasím s uhradením jeho ceny Poskytovateľovi, ak nie je vyšetrenie/výkon hrađený zo zdravotného poistenia (§ 8 písm. a) zákona č. 577/2004 Z. z.);
- som bol/a okrem iného poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Ošetrojúci zdravotnícky pracovník zodpovedal všetky moje otázky a odpovediam, ako aj poučeniu som porozumel/a;
- ošetrojúcemu lekárovi, ktorý ma vyšetril, som nezatajil/a žiadne vážne anamnestické údaje, resp. ochorenia, pre ktoré som sa v minulosti liečil/a, resp. ktoré mi boli v minulosti zistené;
- nie som pozbavený/á spôsobilosťou na právne úkony a moja spôsobilosť na právne úkony nie je ničím obmedzená;
- 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 poskytol vzorku, ktorá nebola odobratá priamo Poskytovateľom;
- som bol poučený, že ak povaha zdravotného výkonu umožňuje elektronické doručenie výsledkov, výsledky mi budú sprístupnené len po uvedení dohodnutého hesla, ktoré som povinný/á chrániť pred stratou alebo vyzradením tretím osobám neoprávneným oboznamovať sa s výsledkami.
- 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 inú osobu (§ 11 ods. 14 zákona č. 576/2004 Z. z.).

Podpísaním tohto súhlasu potvrdzujem, že:

- som bol riadne informovaný/á o nevyhnutnosti spracúvania osobných údajov v súvislosti s poskytnutím vyšetrenia na právnom základe vyplývajúcom z právnych predpisov a oboznámil som sa s informáciami o spracúvaní osobných údajov dostupných na <https://www.agellab.sk/o-nas/ochrana-osobnych-udajov/zsou-pzs>;
- Poskytovateľ ako prevádzkovateľ oprávnený spracúvať moje osobné údaje uvedené v žiadanke, ako aj samotnú vzorku krvi za účelom testovania, 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“);
- informácie o rozsahu práv týkajúcich sa mojich osobných údajov vrátane práva podať sťažnosť dozornému orgánu a práva odvolať súhlas v niektorých prípadoch Poskytovateľ zverejnil na webstránke <https://www.agellab.sk/o-nas/ochrana-osobnych-udajov/zsou-pzs>;
- pre dosiahnutie účelu poskytnutia osobných údajov je Poskytovateľ oprávnený sprístupniť moje osobné údaje sprostredkovateľom, a to najmä spoločnostiam v rámci skupiny AGEL a.s., ako sú označené na stránke: www.vysetrenia.agel.sk;
- zodpovednú osobu Poskytovateľa v oblasti ochrany osobných údajov môžem kontaktovať e-mailom na e-mailovej adrese: dpo@agel.sk;
- Poskytovateľ si vyhradzuje právo niektoré parametre vzorky vyšetriť, len ak sú dané parametre indikované mojim ošetrojúcim lekárom;
- výsledky testov nie je možné použiť na právne účely a sú informatívne, poskytnutie samotných výsledkov testov ani následná interpretácia testov Poskytovateľom alebo mnou samotným nenahrádza rozhodnutie lekára o zvolenom postupe stanovenia diagnózy a na ňu nadväzuje újce terapie liečby, a že Poskytovateľ v tomto smere nepreberá žiadnu zodpovednosť.

Zaškrtnutím políčka ako dotknutá osoba v zmysle Predpisov o ochrane OÚ a zákona č. 452/2021 Z. z. o elektronických komunikáciách dobrovoľne súhlasím, aby Poskytovateľ spracúval moje osobné údaje uvedené v žiadanke za účelom realizácie marketingových aktivít, napr. zasielaním e-mailových informácií o aktuálnych akciách (newsletter), a to počas doby 10 rokov od podpísania tohto súhlasu.*

* Nevyznačená voľba je považovaná za nesúhlas.

V dňa.....

Podpis pacienta:.....

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:

ALERGIE A INTOLERANCIE

*506	Alergie ALEX (krv/sérum)	250 €
*507	Potravinové intolerancie FOX (sérum)	250 €
*508	Potravinové intolerancie – základný balíček 54 (sérum)	99 €
*509	Potravinové intolerancie – rozšírený balíček 108 (sérum)	199 €
*510	Potravinové intolerancie – vegetariánsky balíček (sérum)	199 €
*501	Histaminová intolerancia (sérum)	24 €
*504	Lepok: neznášanlivosť, alergia a celiakia (sérum)	112 €
*503	Senzitivita na potraviny: mlieko (sérum)	100 €
*505	Senzitivita na potraviny – sója (sérum)	36 €

ŽIVOTNÝ ŠTÝL

*522	Zdravie muža (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum, moč, stolica)	65 €
*521	Zdravie športovca (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum, moč, stolica)	24 €
*524	Krvná skupina (K ₃ EDTA/krvný obraz)	7 €
*527	Sex-Drogy-Alkohol (sérum, moč)	45 €
*525	Vitamin D (sérum)	11 €
*526	POST-COVID prehliadka (K ₃ EDTA/krvný obraz, koagulácia - citrát sodný, sérum)	30 €
*542	Intímny balík (sérum)	20 €
*529	Sexuálne prenosné infekcie STI-7 (moč prvý ranný)	60 €
*530	Sexuálne prenosné infekcie STI-14 (moč prvý ranný)	80 €

PRE ŽENY

*541	Zdravie ženy (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum, moč, stolica)	70 €
*543	Hormonálny profil (sérum)	41 €
*567	Zdravie vaječníkov (sérum)	48 €

PREVENCIA OCHORENÍ

*523	Senior balík (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum, moč, stolica)	120 €
*564	Zdravé kosti (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum)	50 €
*562	Zápal v organizme (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum)	22 €
*563	Zápal močových ciest (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum, moč)	18 €
*565	Bolesť kĺbov (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum)	28 €
*566	Zdravie prostaty (sérum)	55 €
*568	Štitna žľaza (sérum)	71 €
*569	Zdravie obličiek (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum, moč)	20 €
*570	Kliešťová encefalitída a lymská borelióza (krv)	35 €
*571	Vyšetrenie z kliešťa (kliešť)	60 €
*572	Vyšetrenie parazitov (stolica)	80 €

CIVILIZAČNÉ OCHORENIA

*582	Cukrovka (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum, moč)	72 €
*581	Kardio balík (K ₃ EDTA/krvný obraz, koagulácia - citrát sodný, sérum)	114 €
*528	Pre každého (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum, moč)	35 €
*561	Anémia (K ₃ EDTA/krvný obraz, sérum)	21 €

Označte vybrané vyšetrenie/a.

Poznámky: