



ŽIADANKA NA VYŠETRENIE – PROTILÁTKY COVID-19 SARS-CoV-2 (samoplatca)

info: tel.: 043/4222 437, 0911 648 546 www.imunomt.sk/COVID-19, mcisro-martin@stonline.sk

PACIENT:

Meno a priezvisko:	
Rodné číslo:	
Adresa:	
Dátum a čas odberu:	
Telefonický kontakt:	
e-mailová adresa:	
Všeobecný lekár:	

LEKÁR:

Pečiatka a podpis lekára:

LABORATÓRIUM:

Vzorku prijal:
Dátum a čas:

OBJEDNANIE NA VYŠETRENIE:

na tel. čísle: 0911 648 546, 043 4222 437 v pracovných dňoch v čase 8:00 – 13:00
mailom na adrese: mcisro-martin@stonline.sk

POŽADOVANÉ VYŠETRENIE:

Celkový imunoglobulín M a G (IgM, IgG)	spolu 42 €
Protilátky proti koronavírusu SARS-CoV-2 IgM/IgG (sérum)	

PLATBA:

pri odbere len v hotovosti	
bezhotovostne – na účet	
číslo účtu na uhradenie poplatku za vyšetrenie*	VÚB banka - SK05 0200 0000 0013 8243 1053
variabilný symbol	meno a priezvisko

*výsledok vyšetrenia sa pacientovi vydáva až po zaplatení

Prehlásenie samoplatcu:

- Prehlasujem, že vyšetrenia uvedené na žiadanke boli v zmysle Zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a Zákona č. 98/1995 Z.z. o liečebnom poriadku v znení neskorších predpisov vykonané na moju vlastnú žiadosť. Zároveň potvrdzujem, že náklady na tieto vyšetrenia uhradím podľa cenníka poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a nebudem ich uplatňovať v žiadnej zdravotnej poisťovni. Taktiež súhlasím v zmysle ustanovenia Zákona č. 428/2002 Z.z., odst. 7 o ochrane osobných údajov v platnom znení so spracovaním svojich osobných údajov na žiadanke za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Súhlas udeľujem na dobu neurčitú a jeho možné ho odvolať v prípade nezákonného nakladania s osobnými údajmi.
- Prehlasujem, že som nebol posledné 2 týždne v zahraničí a nie som si vedomý toho, že by som bol v kontakte s osobou s podozrením alebo s potvrdením infekcie koronavírusom. Uvedomujem si, že za zatajenie takýchto informácií mi môže RÚVZ uložiť pokutu do výšky 1659 € a môže tiež naplňať skutkovú podstatu trestného činu.

V..... Dátum: Podpis samoplatcu:



DÔVOD VYŠETRENIA

Bez príznakov ?

Podozrenie na COVID-19 ?

dátum prvých príznakov (vyberte):			
pred 7 dňami	pred 14 dňami	pred 21 dňami	viac ako 3 týždne
kašeľ		áno	nie
teplota nad 38°C		áno	nie
dýchavičnosť		áno	nie
únava		áno	nie
bolesť hrdla		áno	nie
strata čuchu/chuti		áno	nie
iné (uved'te):		

Jedná sa o kontrolný odber ?

dátum a miesto prvovýšetrenia:	
--------------------------------	--