|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Údaje pacienta:** | | | | **Údaje odosielateľa (PZS a odosielajúceho lekára):** | |
| **Priezvisko a meno:** |  | |  | **Priezvisko a meno:** |  |
| **Rodné číslo:** |  | |  | **Kód lekára:** |  |
| **Dátum narodenia:** |  | |  | **Kód PZS:** |  |
| **Pohlavie:** | Muž | Žena |  | **Adresa PZS:** | BCB Clinic,  Bulharská 49, 821 04 Bratislava |
| **Adresa: ulica, číslo:** |  | |  | **Tel. číslo:** | +421 2 206 206 88 |
| **Adresa: mesto, PSČ:** |  | |  | **E-mail lekára:** |  |
| **E-mail:**  *(povinný údaj)* |  | |  | **Pečiatka a podpis lekára:** |  |
| **Telefónne číslo:**  *(povinný údaj)* |  | |  |
| **Dg. (MKCH)** |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dátum a čas odberu biologického materiálu:** |  | | | | |
| **Druh biologického materiálu:** | Kliešť | Krv | Moč | Synoviálna tekutina | Cerebrospinálny mok |
| **Dátum vystavenia žiadanky:** |  | | | | |

**Doplňujúce informácie:**

|  |
| --- |
|  |

**Predmet a cena vyšetrenia (označiť vybrané vyšetrenia):**

| **Kliešťové infekcie (qPCR diagnostika)** |
| --- |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Borelióza, Anaplazmóza, Kliešťová encefalitída**  Detegované patogény: *Borrelia burgdorferi sensu lato (Borrelia burgdorferi, Borrelia spielmanii, Borrelia afzelii, Borrelia garinii, Borrelia valaisiana)/Anaplasma phagocytophilum/TBEV (vírus kliešťovej encefalitídy)* | 80 € |
|  | **Borelióza**  Detegované patogény: *Borrelia burgdorferi sensu stricto (Borellia burgdorferi, Borrelia garinii a Borrelia afzelii)* | 50 € |
|  | **Babezióza/Bartonelóza**  Detegované patogény: *Babesia spp., Bartonella spp.* | 70 € |
|  | **Kliešťové infekcie komplet**  Detegované patogény: *Borrelia burgdorferi sensu lato (Borrelia burgdorferi, Borrelia spielmanii, Borrelia afzelii, Borrelia garinii, Borrelia valaisiana)/Anaplasma phagocytophilum/TBEV (vírus kliešťovej encefalitídy)/ Babesia spp., Bartonella spp.* | 120 € |

**Odber a transport materiálu:**

| **Vyšetrenie** | **Odber** | **Skúmavka** | **Skladovanie** | **Transport** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vyšetrenie z kliešťa | Odobratý kliešť | Krabička/skúmavka s navlhčenou vatou | 4 až 8 °C | Izbová teplota, čím skôr dopraviť do laboratória |
| Vyšetrenie z krvi | Periférna krv 1-2 ml | EDTA skúmavka | 4 až 8°C | 4 až 8°C, čím skôr dopraviť do laboratória |
| Vyšetrenie z moču | 10-20 ml moču | Sterilná skúmavka | 4 až 8°C | 4 až 8°C, čím skôr dopraviť do laboratória |
| Vyšetrenie zo synoviálnej tekutiny/cerebrospinálneho moku | 1-2 ml vzorky | Sterilná skúmavka | 4 až 8°C | 4 až 8°C, čím skôr dopraviť do laboratória |

|  |
| --- |
| **INFORMOVANÝ SÚHLAS PRE SAMOPLATCOV PODĽA §6 ZÁKONA č. 576/2004 Z.z.** |

**Ja dolu podpísaný/á svojim podpisom súhlasím a zároveň potvrdzujem, že:**

1. si na vlastnú žiadosť objednávam u spoločnosti Lambda Life a.s., ako prevádzkovateľa neštátneho zdravotníckeho zariadenia „Centrum personalizovanej medicíny“ (ďalej len „**Poskytovateľ**”) uskutočnenie laboratórnych vyšetrení uvedených v žiadanke (ďalej len „**Vyšetrenie**“ alebo „**Vyšetrenia**“);
2. som bol/a poučený o výške ceny za Vyšetrenia podľa cenníka Poskytovateľa (viď. predmet a cena Vyšetrenia vyššie) a zaväzujem sa uhradiť cenu Vyšetrení;
3. som pred uskutočnením Vyšetrení bol/a zrozumiteľne, ohľaduplne a bez nátlaku informovaný/á o účele, povahe, možnostiach, ďalších alternatívach, následkoch a rizikách Vyšetrení a mal/a som možnosť a dostatočný čas sa slobodne rozhodnúť pre Vyšetrenie;
4. ošetrujúci zdravotnícky pracovník zodpovedal všetky moje otázky a odpovediam, ako aj poučeniu som porozumel/a;
5. som ošetrujúcemu lekárovi, ktorý ma vyšetril, nezatajil/a žiadne vážne anamnestické údaje, resp. ochorenia, pre ktoré som sa v minulosti liečil/a, resp. ktoré mi boli v minulosti zistené;
6. žiadam o doručenie výsledkov Vyšetrení elektronicky na moju e-mail adresu a e-mail adresu odosielajúceho lekára a som si vedomý/á, že zaslaný výsledkový list bude chránený dohodnutým heslom, ktoré som povinný/á chrániť pred vyzradením tretím osobám neoprávneným sa oboznamovať s výsledkami Vyšetrení;
7. po ukončení Vyšetrení bude zvyšok vzorky biologického materiálu uchovaný a anonymne využitý na výskumné účely;
8. nie som pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony a moja spôsobilosť na právne úkony nie je ničím obmedzená;
9. som bol poučený, že ak mi bude zistená prenosná (infekčná) choroba, som povinný prevziať si výsledok Vyšetrenia osobne a doručiť ho môjmu ošetrujúcemu lekárovi. Ak poznám zdroj nákazy, som povinný označiť ho môjmu ošetrujúcemu 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 iné osoby (§ 11 ods. 14 zákona č. 576/2004 Z. z.).

**Zároveň týmto beriem na vedomie, že:**

1. Poskytovateľ je ako prevádzkovateľ oprávnený spracúvať moje osobné údaje uvedené v žiadanke, ako aj samotnú vzorku za účelom Vyšetrenia, ako aj na vedecké a akademické účely priamo na základe právnych predpisov na úseku zdravotníctva, Nariadenia GDPR č. 2016/679 a Zákona č. 18/2018 Z. z. (ďalej len „**Predpisy na ochranu OÚ**“);
2. informácie o rozsahu práv týkajúcich sa mojich osobných údajov vrátane práva podať sťažnosť a práva odvolať súhlas v niektorých prípadoch Poskytovateľ zverejnil na web stránke [www.persmed.online](http://www.persmed.online/)
3. Poskytovateľa v oblasti ochrany osobných údajov môžem kontaktovať e-mailom na e-mailovej adrese: [osobneudaje@lambda.sk](mailto:osobneudaje@lambda.sk);
4. Výsledky Vyšetrení nie je možné použiť na právne účely a sú informatívne, poskytnutie samotných výsledkov Vyšetrení ani následná interpretácia výsledkov Poskytovateľom alebo mnou samotným nenahrádza rozhodnutie lekára o zvolenom postupe stanovenia diagnózy a na ňu nadväzujúce určenie liečby, a že Poskytovateľ v tomto smere nepreberá žiadnu zodpovednosť.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V |  | dňa: |  |  | Podpis pacienta: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Identifikácia zákonného zástupcu:** | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  | Meno a priezvisko: | |  |  | Dátum narodenia: |  |  |
|  |  |  | | | | |  |
|  | Vzťah k pacientovi: | |  | | | |  |
|  |  |  | | | | |  |

**Vypĺňa laboratórium:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dátum a čas príjmu biologického materiálu a žiadanky:** |  |