

Rodné číslo

Meno a priezvisko, titul

Samoplatca – telefónne číslo, e-mail

Ulica, číslo, mesto/PSČ *

Dátum odberu

Čas odberu

Prijaté dňa:

Lab. číslo:

Fakturovať:

 pacient lekár

Kód zmluvného lekára:

Kód zmluvného PZS:

Pečiatka a podpis:

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

ALERGIE A INTOLERANCIE

*501	Histaminová intolerancia	24 €
*504	Lepok: neznášanlivosť, alergia a celiakia	112 €
*503	Senzitivita na potraviny – mlieko	100 €
*502	Senzitivita na potraviny – 44 potravín	158 €
*505	Senzitivita na potraviny – sója	36 €

ŽIVOTNÝ ŠTÝL

*522	Zdravie muža	65 €
*521	Zdravie športovca	24 €
*523	Senior balík	120 €
*524	Krvná skupina	7 €

PRE ŽENY

*542	Intímny balík	20 €
*541	Zdravie ženy	70 €
*543	Hormonálny profil	41 €

PREVENCIA OCHORENÍ

*561	Anémia	21 €
*562	Zápal v organizme	22 €
*563	Zápal močových ciest	18 €
*564	Zdravé kosti	50 €
*565	Bolesť kĺbov	28 €
*566	Zdravie prostaty	55 €
*567	Zdravie vaječníkov	48 €
*568	Štítna žľaza	71 €