

Rodné číslo

Priezvisko

Adresa (ulica, číslo domu, mesto/obec, PSČ)

Kód ZP

IČ EU

Dg 1

Dg 2

Dg 3

Dátum narodenia

Meno

Kód krajiny

Telefónne číslo

E-mail

Dátum a čas odberu

Diagnóza slovom

Pečiatka a podpis lekára

Delegujúci / Zastupujúci lekár

P kód

A kód

Kód hospitalizačného prípadu

Samoplatca faktúra

Pohlavie

lekár

pacient

muž

žena



KARYOTYPOVÁ ANALÝZA CHROMOZÓMOV

- ☐ postnatálna analýza
- ☐ prenatálna analýza

NEVYHNUTNÉ ÚDAJE K VYŠETRENIU

Gestačný týždeň*

* Vyplniť v prípade požiadavky na prenatálnu analýzu

INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

- ☐ Potvrdzujem, že informovaný súhlas s vykonaním cytogenetického vyšetrenia, vrátane odberu biologického materiálu, je založený v dokumentácii u indikujúceho lekára.
- ☐ Potvrdzujem, že som bol/-a poučený/-á o podstate, účele a dopade výsledkov cytogenetického vyšetrenia.
- ☐ Súhlasím so spracovaním osobných údajov pre účely nevyhnutné k poskytnutiu vyšetrenia v plnom rozsahu.
- ☐ súhlasím ☐ nesúhlasím s archiváciou vyšetrovaného biologického materiálu; resp. cytogenetického preparátu.

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 [www.agellab.sk](#)

Dátum:

Podpis pacienta