

Rodné číslo

Dátum narodenia

Priezvisko

Meno

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

Kód ZP

Samoplatca faktúra

Kód krajiny

Pohlavie

☐ lekár ☐ pacient

☐ muž ☐ žena

IČ EU

Telefónne číslo

Dg 1

Dg 2

Dg 3

E-mail

Dátum a čas odberu

Pečiatka a podpis lekára

Diagnóza slovom

Delegujúci / Zastupujúci lekár

P kód

A kód

Kód hospitalizačného prípadu

Miesto na nalepenie kódu

Por. číslo:

Miesto na nalepenie kódu

Por. číslo:

Miesto na nalepenie kódu

Por. číslo:

Miesto na nalepenie kódu

Por. číslo:

Miesto na nalepenie kódu

Por. číslo:

Miesto na nalepenie kódu

Por. číslo:

Miesto na nalepenie kódu

Por. číslo:

Miesto na nalepenie kódu

Por. číslo:

Miesto na nalepenie kódu

Por. číslo:

Miesto na nalepenie kódu

Por. číslo:

Miesto na nalepenie kódu

Por. číslo:

PREDMET VYŠETRENIA A LOKALIZÁCIA

ODOBRATÝ MATERIÁL

KLINICKÝ PRIEBEH, TERAPIA, OŽAROVANIE, DIAGNÓZA

Číslo predchádzajúceho vyšetrenia:

GRAFICKÉ ZNÁZORNENIE LÉZIE

POZNÁMKA

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](http://www.agellab.sk)

Podpis pacienta

☐ \* Realizujeme po dohodnutí postupu odberu s laboratóriom. € - vyšetrenia v samoplatcovskom režime v závislosti od ZP