

Příjmení:	<input type="text"/>	Razítko, jméno a podpis lékaře, odbornost, IČP
Jméno:	<input type="text"/>	
Číslo pojištěnce:	<input type="text"/>	
Datum narození:	<input type="text"/>	
Bydliště:	<input type="text"/>	Samoplátce: <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hotově <input type="radio"/> Kartou
Plátce:	<input type="text"/> M <input type="radio"/> Ž <input type="radio"/> Diagnózy: <input type="text"/>	Způsob úhrady: <input type="checkbox"/> úhrada na OM <input type="checkbox"/> faktura lékaři <input type="checkbox"/> výkon podléhající DPH ¹⁾
Odběr provedl:	<input type="text"/> Datum: <input type="text"/> Čas: <input type="text"/>	
Proband: <input type="radio"/>	Příbuzný probanda: <input type="radio"/>	Dárce: <input type="radio"/>
Správně <input checked="" type="radio"/> Chybně <input type="checkbox"/>		

Typ vzorku	VYPLŇUJE LABORATOŘ	
krevní skvrna <input type="radio"/>	Datum a čas přijetí vzorku:	Kód vzorku:
nesrážlivá krev (EDTA) <input type="radio"/>	Podpis:	

Žádám o vyšetření: KREC/TREC (vyšetření primárních imunodeficiencí)Detailní informace o vyšetření naleznete na **www.ockovani-imunita.cz**.**Následující údaje, prosíme, vyplňovat čitelně velkými tiskacími písmeny!**

Kontakt na pacienta/zákonného zástupce:

e-mail: telefon:

Výsledkový protokol si přeji zaslat následujícím způsobem (vyberte jeden způsob):

e-mailem e-mailová adresa pro zaslání výsledkového protokolu:
mobilní telefonní číslo pro zaslání hesla SMS zprávou:

Odkaz ke stažení výsledkového protokolu Vám přijde na e-mailovou adresu. Heslo ke stažení výsledku Vám bude zasláno SMS zprávou na uvedené mobilní telefonní číslo.

poštou adresát (ulice, č.p., město, PSČ):

vyzvednu si na odběrovém místě osobně

Souhlas se zpracováním osobních údajů:

Beru na vědomí, že osobní údaje jsou zpracovávány pro účely poskytnutí zdravotní péče a služeb s tím spojených v souladu s platnými a účinnými právními předpisy České republiky.

Beru na vědomí, že v této souvislosti může dojít ke zpracovávání osobních údajů, a proto pro případy, kdy to je právními předpisy (zejména Nařízením Evropského Parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR) či zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracovávání osobních údajů) vyžadováno, svobodně uděluji svůj souhlas se zpracováním osobních údajů, které jsou v této souvislosti poskytovány.

Více informací naleznete na: **www.unilabs.cz/cs/gdpr****Informovaný souhlas:**

Potvrzuji, že jsem byl/a řádně informovaný/á s povahou a způsobem poskytované zdravotní služby ve smyslu § 28 zákona č. 2/2011 Sb., o zdravotních službách (odběrem příslušného vzorku a provedením shora uvedeného genetického laboratorního vyšetření), a to včetně, nikoliv však výlučně, možných zdravotních rizik, a těmito informacím, které mi byly sděleny a vysvětleny, jsem plně porozuměl/a a s poskytnutím výše uvedené zdravotní služby souhlasím.

Datum:

Podpis pacienta/zákonného zástupce:

1) Pokud nebude zaškrtnuto toto políčko, bude výkon považován za osvobozený od DPH a lékař svým podpisem stvrzuje, že výkon je proveden s léčebným cílem nebo chrání lidské zdraví dle § 58, zák. č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty.