

**ŽÁDANKA
NA GENETICKÉ VYŠETŘENÍ
KREC/TREC**

AeskuLab

AeskuLab k.s.

Laboratoř

forenzní a lékařské genetiky

Pracoviště:

Škrobárenská 502/1, 617 00 Brno

tel.: 515 511 460

e-mail: genetika.brno@aeskulab.cz

www.aeskulab.cz

Pacient:

Pohlaví: M Ž Správně: ●
Chybně: ✗ ✓

Číslo pojištění: /

Zdrav. poj.:

Datum narození: . .

Samoplátce - zvolte způsob úhrady:

Bydliště pacienta:

- úhrada na odběrovém místě
 faktura lékaři
 výkon podléhající DPH ¹⁾

Razítko / Jméno a podpis lékaře / IČP / Odbornost:

Razítko odběrového místa:

Diagnózy:

Odběr provedl:

Datum a čas:

Typ vzorku:

- krevní skvrna
 nesrážlivá krev (EDTA)

VYPLŇUJE LABORATOŘ

Datum a čas přijetí vzorku:

Kód vzorku:

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 zpracování 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 zpracování osobních údajů) vyžadováno, svobodně uděluji svůj souhlas se zpracováním osobních údajů, které jsou v této souvislosti poskytovány.

Více informací naleznete na www.aeskulab.cz/gdpr/.

Informovaný souhlas:

Potvrzuji, že jsem byl/a řádně informovaný/á s povahou a způsobem poskytované zdravotní služby ve smyslu § 28 zákona č. 372/2011 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.