



ŽIADANKA COVID-19 SAMOPLATCA	Číslo vzorky _____ Dátum príjmu _____
---	--

VYŠETROVANÁ OSOBA/KLIENT	
Meno a priezvisko _____	Telefón _____
Rodné číslo _____	Kód ZP _____
Bydlisko _____	Číslo OP _____
ODOBRANÝ MATERIÁL	
<input type="checkbox"/> Nazofaryngeálny výter (NV)	<input type="checkbox"/> Orofaryngeálny výter (OV)
<input type="checkbox"/> Sliny (S)	<input type="checkbox"/> Iný (I)
Dátum a čas odberu _____	

POUČENIE KLIENTA O CENE ZA ZDRAVOTNÍCKY VÝKON:

Klient, samoplatca bol lekárom resp. zdravotníckym pracovníkom poučený o výške ceny za zdravotný výkon v zmysle platného cenníka a dobrovoľne sa rozhodol tento výkon uskutočniť.

Klient prehlasuje, že bol poučený, že v niektorých prípadoch (napr. pri splnení indikačných kritérií) môže byť zdravotnícky výkon hrazený taktiež z verejného zdravotného poistenia, že bol na túto skutočnosť upozornený a požaduje poskytnutie daného výkonu za priamu úhradu.

Klient sa zaväzuje zaplatiť uvedenú cenu za zdravotný výkon maximálne do 1 dňa odo dňa podpisu žiadanky. Vyšetrenie bude vykonané až po prijatí úhrady na účet a daňový doklad bude zaslaný na vyššie uvedenú e-mailovú adresu.

Samoplatca uhradí uvedenú sumu v hotovosti v pokladni (v sídle firmy), pomocou platobnej brány na webovom sídle spoločnosti, alebo bankovým prevodom na účet: IBAN SK11 1100 0000 0026 2170 1853, SWIFT TATRSKBX, VS: rodné číslo bez lomítka.

Miesto _____	Dátum _____	Podpis klienta _____
--------------	-------------	----------------------

Názov testu	Špecifikácia Covid testu	Cena (€)	Materiál	Trvanie
<input type="checkbox"/> RT-PCR výter Express	Štandardný PCR test realizovaný výterom z nosohltana s výsledkom do 18:00, odber najneskôr do 11:00	59	NV, OV	10h
<input type="checkbox"/> RT-PCR výter Štandard	Štandardný PCR test realizovaný výterom z nosohltana s výsledkom do 26h	54 39	NV, OV	26h
<input type="checkbox"/> RT-PCR výter z ústnej dutiny	PCR test, pri ktorom sa namiesto výteru z nosohltana robí výter z ústnej dutiny	59	S	26h

POKYNY PRED ODBEROM:

V deň odberu, prosím, nepoužívajte kloktadlá, zubnú pastu, dezinfekčné látky, alkohol. Minimálne 60 minút pred odberom sa nesmie jesť, piť, fajčiť, žuť žuvačku, používať kvapky alebo spreje do nosa a do hrdla, umývať si zuby a používať ústnu vodu.

INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU S LABORATÓRNÝM VYŠETRENÍM

1. VYŠETROVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL:	<input type="checkbox"/> Nazofaryngeálny výter	<input type="checkbox"/> Orofaryngeálny výter	<input type="checkbox"/> Sliny (S)	<input type="checkbox"/> iný:
2. NÁZOV LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA:	<input type="checkbox"/> RT-PCR výter Express	<input type="checkbox"/> RT-PCR výter Štandard	<input type="checkbox"/> RT-PCR výter z ústnej dutiny	
3. ÚČEL LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA:	<input type="checkbox"/> Detekcia prítomnosti patogénov			
4. MANIPULÁCIA SO VZORKOU PO UKONČENÍ VYŠETRENIA:	<input type="checkbox"/> Moja vzorka bude po prevedení vyšetrenia zlikvidovaná s rizikom, že nebude možné v budúcnosti výsledok vyšetrenia v prípade potreby overiť a pre ďalšie testovanie bude nutný nový odber. <input type="checkbox"/> V prípade pozitívneho výsledku testu bude tento anonymizovaný a zaradený do štatistického súboru vzoriek s možnosťou využitia na vedecké účely, príp. účely referenčnej vzorky.			
5. NOVÝ ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU:	Vyšetrovaná osoba môže byť vyzvaná prevádzkovateľom k novému odberu biologického materiálu za účelom doplnenia, overenia alebo zopakovania analýzy, či k zaisteniu správnej interpretácie výsledkov vykonaného laboratórneho vyšetrenia. V prípade opakovania laboratórneho vyšetrenia bude nutný nový odber biologického materiálu a ďalšie poučenie podľa typu vyšetrenia.			
6. VYHLÁSENIE VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:	Vyhlasujem, že mi bolo poskytnuté poučenie o laboratórnom vyšetrení. Bol mi jasne a zrozumiteľne vysvetlený účel, povaha, následky, riziká, alternatívy navrhovaných postupov, riziká odmietnutia a prínos laboratórneho vyšetrenia. Som si vedomý/á, že výsledky analýzy môžu byť pre mňa stresujúce. Poučenie mi bolo podané ohľaduplne, zrozumiteľne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom pre rozhodnutie. Pred podpisom tohto informovaného súhlasu mi bolo umožnené klásť doplňujúce otázky, a to osobnou, telefonickou či elektronickou cestou. Vyhlasujem, že nezamieľujem žiadne skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na voľbu a vykonanie laboratórneho vyšetrenia, alebo by mohli ohroziť iné osoby. Taktiež som si vedomý, že výsledok vyšetrenia bude odoslaný na UVZ SR, ktoré bude postupovať v zmysle usmernenia Usmernenie hlavného hygienika Slovenskej republiky v súvislosti s ochorením COVID-19 spôsobeným koronavírusom SARS-CoV-2. Na základe tohto poučenia prehlasujem, že udeľujem súhlas s odberom vzorky a s jej laboratórnym vyšetrením na účely špecifikované v príslušnej žiadanke.			
PODPIS VYŠETROVANEJ OSOBY:	Miesto _____	Dátum _____		