



SK-LAB, s.r.o. – klinické laboratórium
Partizánska 15, 984 01 Lučenec

ID: FO.026

**Žiadosť o poskytnutie výkonov, ktoré nie sú hrazené zdravotnou
poistovňou**

Meno a priezvisko pacienta:
Rodné číslo:
Trvalé bydlisko:
Telefón:
E-mail:
Dátum odberu:
Platiteľ: Samoplatca

Týmto žiadam PZS: SK-LAB, s.r.o.

o poskytnutie zdravotného(ých) výkonu(ov):

Odber žilovej krvi, prípadne iného biologického materiálu a nasledujúce laboratórne vyšetrenia:

.....
.....

Čestne prehlasujem, že o poskytnutie výkonu(ov) žiadam konkrétne hore uvedeného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Bol(a) som poučený(á) hore uvedeným poskytovateľom o tom že **ide o výkon(y), ktorý(é) nie je/sú hrazený(é)** z môjho zdravotného poistenia u vyššie uvedeného poskytovateľa. Túto žiadosť podávam na základe slobodnej vôle a práva slobodnej voľby poskytovateľa.

Úhradu za vykonaný(é) výkon(y) uhradím priamo uvedenému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti v zmysle jeho aktuálne platného cenníka výkonov. Čestne prehlasujem, že nebudem žiadať o úhradu tohto zdravotného výkonu moju zdravotnú poisťovňu. Zároveň vyhlasujem, že údaje ktoré som uviedol/a sú presné ku dňu predloženia.

Žiadosť podpisujem na základe svojho vlastného rozhodnutia, bez podmieňovania, bez nátlaku a dávam súhlas na spracovanie osobných údajov na účel uvedený v žiadosti.

Výsledky laboratórnych vyšetrení mi budú odovzdané:

☐ Osobne v laboratóriu

☐ V zaheslovanej podobe na e-mailovú adresu:

Heslo pre otvorenie výsledkov je Vaše rodné číslo bez lomky.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol poučený o tom, že výsledky laboratórnych vyšetrení by mali byť interpretované lekárom a vždy v kontexte ďalších klinických nálezov, prípadne výsledkov ďalších diagnostických metód. Pozitivita/negativita, alebo hodnoty výsledkov presahujúce referenčné (normálne) rozmedzie, nemusia vždy znamenať prítomnosť/neprítomnosť ochorenia.

Lučenec dňa:

Podpis pacienta: