

Žiadanka na cytogenetické vyšetrenie pacienta

Oddelenie lekárskej genetiky, Martinská fakultná nemocnica, Kollárova 2, 03601 Martin tel. +4214203 klapka 887, 879 mail: krsiakova@mfn.sk kapralik@mfn.sk		
Meno a priezvisko	Rodné číslo	Číslo poisťovne
	Dátum narodenia	Druh vzorky
Diagnóza	Dátum a čas odberu vzorky	Požadované vyšetrenie
Meno, adresa a kód lekára		
Špecifikácia (upresnenie) VVCH		

***Súhlas s cytogenetickým vyšetrením**

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol poučený podľa zákona 576/2004 Z. z. o odbere biologického materiálu pre potreby diagnostiky. Bol som poučený o zachovaní dôvernosti mojich osobných údajov a zistených výsledkov. S navrhovaným spôsobom a postupom súhlasím.

Dátum:

Podpis:

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Podpis zákonného zástupcu: