



F-469

KOMPLEXNÍ ŽÁDANKA NA LABORATORNÍ DENTÁLNÍ VYŠETŘENÍ

SAMOPLÁTCE



LÉKAŘ

jméno a příjmení

specializace

IČZ

razítko a podpis lékaře (adresa, telefon, e-mail)

Tímto podpisem stvrzuji, že byl odběr proveden s informovaným souhlasem pacienta, a prohlašuji, že tento IS podepsaný pacientem je buď přiložen k žádance, nebo byl ponechán a je součástí dokumentace pacienta u indikujícího lékaře.

PACIENT

jméno a příjmení

pohlaví

muž ☐žena ☐

bydliště

číslo pojištěnce (rod. č.)

telefon

e-mail

zdravotní pojišťovna

diagnóza

štítek pacienta

ODEBRANÝ MATERIÁL

bukální stěr (B)

gingivální stěr (G)

sběr sliny (S)

stěr z plochy zubu (Z)

periferní krev v EDTA (K)
(molekulární genetika)

klinický komentář

číslo žádanky (vyplní laboratoř)

datum a čas odběru

datum a čas příjmu

NABÍZENÁ VYŠETŘENÍ

✓	NÁZEV TESTU	POPIS VYŠETŘENÍ	DOBA DODÁNÍ	MATERIÁL	CENA
	DentalScan	(DentalGen® + DentalBac®)	10 dnů	K, G, B	3 200
	DentalGen	stanovení variant v genech: <i>IL1A</i> , <i>IL1B</i> , <i>IL1RN</i> , <i>HLA-DRB1</i>	10 dnů	K, G, B	1 800
	DentalBac	detekce bakterií: <i>Aggregatibacter actinomycetemcomitans</i> , <i>Porphyromonas gingivalis</i> , <i>Prevotella intermedia</i> , <i>Tannerella forsythia</i> , <i>Treponema denticola</i> , <i>Parvimonas micra</i> , <i>Campylobacter rectus</i> , <i>Eikenella corrodens</i> , <i>Fusobacterium spp.</i> , <i>Capnocytophaga gingivalis</i> , <i>Eubacterium nodatum</i> , <i>Filifactor alocis</i>	10 dnů	G	1 800
	DentinoScan	detekce mikroorganismů: <i>Streptococcus mutans</i> , <i>Streptococcus sobrinus</i> , <i>Lactobacillus spp.</i> , <i>Candida albicans</i>	14 dnů	Z	1 200
	Orální mikrobiom	kompletní zastoupení všech bakterií, které se vyskytují v dutině ústní	4–6 týdnů	S	5 900

PLATEBNÍ INSTRUKCE

Poučení klienta o ceně za zdravotní výkon

Samoplátce byl zdravotním pracovníkem poučen o ceně za zdravotní výkon a dobrovolně se rozhodl tento výkon uskutečnit. Klient prohlašuje, že byl poučen, že v některých případech může být výkon rovněž hrazen z veřejného zdravotního pojištění, a klient požaduje poskytnutí výkonu za přímou úhradu. Klient se zavazuje zaplatit požadovanou částku za zdravotní výkon do 14 dnů ode dne podpisu žádanky. Vyšetření bude provedeno po přijetí úhrady na bankovní účet, daňový doklad bude klientovi zaslán na uvedenou adresu, e-mailem, případně si jej klient může převzít osobně.

Platba

A bankovním převodem na č. ú. 1990237/0100
(VS: číslo žádanky), IBAN: CZ53 0100 0000 0000 0199 0237

B v hotovosti v registrační pokladně
(osobně v sídle firmy)



MOBILNÍ PLATBA

Po naskenování QR kódu v internetovém bankovníctví **dopíše částku a variabilní symbol (číslo žádanky).**

VÝSLEDEK

Způsob doručení výsledné zprávy

☐ lékař☐ pacient

GHC GENETICS

GHC GENETICS, s.r.o. Laboratoř GHC GENETICS, V Holešovičkách 1156/29, 182 00 Praha 8, IČ: 28188535. Bezplatná linka +420 800 390 390.
info@ghcgenetics.cz. Zdravotnická laboratoř č. 8124 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189 ed. 3:2023. Rozsah akreditace na www.ghcgenetics.cz.



F-469

1 / 1