

ŽÁDANKA NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ BAKTERIÁLNÍCH PATOGENŮ PARADENTÓZY

Číslo vzorku

INFOLINKA ZDARMA
800 183 675
800 100 590
800 100 316

Lab In – Institut laboratorní medicíny, s.r.o.

Blahoslavova 18/5, 360 01 Karlovy Vary
potrebuji@labin.cz, www.labin.cz
tel.: 353 311 514



Institut laboratorní
medicíny

Rod. číslo:
(číslo pojištěnce)

Pohlaví (M/Ž):

Diagnóza:

Kód pojišťovny:

Jméno:**

Přímá úhrada:

Datum narození:

Datum odběru:

Čas odběru:

Telefon:

IČZ:

Odbornost lékaře:

Průkaz DNA bakteriálních patogenů paradentózy v klinickém materiálu metodou PCR.

Průkaz DNA bakteriálních agens zahrnuje průkaz následujících bakteriálních patogenů: Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola, Tannerella forsythia, Prevotella intermedia, Parvimonas mikra, Fusobacterium nucleatum, Campylobacter rectus, Eubacterium nodatum, Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Eikenella corrodens, Capnocytophaga sputigena, Capnocytophaga gingivalis.

Pro zdravotní pojišťovny je vykazován jako 6 průkazů DNA mikroorganismu, kód 82041.

Pro vykazání zdravotní pojišťovně lze vyšetření provést pouze při odpovídající diagnóze a to K052, K053, K054, K055, K056.

Vyšetření lze provést za přímou úhradu.

Průkaz HLA - DR4 IL2 - vyšetření genetických rizik

Vyšetření lze provést za přímou úhradu.

Podpis a razítko lékaře nebo oddělení s adresou:

Materiál odebral:

Datum a čas přijetí vzorku laboratoří:

Žádanka na laboratorní vyšetření je určena pro vyšetření s léčebným cílem nebo pro vyšetření s cílem ochrany lidského zdraví a v souladu s § 58 zákona č. 235/2004 Sb. o DPH jsou tato vyšetření osvobozena od DPH. V opačném případě je žadatel povinen tuto skutečnost oznámit laboratoři.

* zdravotnická laboratoř č. 8018 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189, certifikovaná laboratoř dle ČSN EN ISO 9001

** jméno pacienta uvádějte ve formátu: příjmení jméno