



GHC GENETICS SK

Laboratórium genomickej medicíny
GHC GENETICS SK, s.r.o., NZZ
Vedecký park UK
Ilkovičova 8, 841 04 BratislavaŽiadanka
GENETICKÉ VYŠETRENIA DENTAL

Platná od 1.1.2023

Vyplní laboratórium

Číslo žiadanky _____

Dátum prijmu _____

ÚDAJE VYŠETROVANEJ OSOBY (Vyplní žiadajúci lekár)

Priezvisko a meno _____ Telefón _____
Rodné číslo _____ Email _____
Bydlisko _____

ODOBRANÝ MATERIÁL A DIAGNÓZA

Odobraný materiál Gingiválny ster (GS) Bukálny ster (BS) Zdravotná poisťovňa Union (27)
Susp. diagnóza K05.5 (Dental GEN) K05.6 (Dental BAC) Dátum odberu _____

ŽIADAJÚCI LEKÁR

Adresa pracoviska _____

 INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY JE ULOŽENÝ V AMBULANCI

Pečiatka a podpis

DENTÁLNE DNA TESTY

Názov vyšetrenia	Špecifikácia vyšetrenia	Cena (€)	Materiál
<input type="checkbox"/> Dental BAC (DB)	DNA detekcia 12 parapatogénnych baktérií: <i>Aggreg. actinomycetemcomitans, Campylobacter rectus, Capnocytophaga gingivalis, Eikenella corrodens, Eubacterium nodatum, Fusobacterium sp., Parvimonas micra, Prevotella intermedia, Porphyromonas gingivalis, Treponema denticola, Tannerella forsythia, Filifactor alocis</i>	70.-	GS
<input type="checkbox"/> Dental GEN (DG)	DNA varianty v génoch <i>IL1A, IL1B, IL1RN, HLA-DRB1, TNFA</i>	70.-	BS, GS
<input type="checkbox"/> Dental DUO (DD)	Kombinácia testov Dental BAC a Dental GEN	110.-	GS

Trvanie testu: 15 pracovných dní

Spôsob úhrady Samoplatca Zdravotná poisťovňa – 27 (Union)
Pozn.: Len lekári, ktorých ZP Union zaradila do zoznamu indikujúcich zubných lekárov spĺňajúcich kritériá stanovené poisťovňou na vyšetrenia Dental GEN/BAC/DUO

Fakturovať Pacient Lekár

V prípade potreby vpište poznámku: _____

POUČENIE KLIENTA O CENE ZA ZDRAVOTNÍCKY VÝKON (ak je klient samoplatca, vyplní a podpíše klient)

Klient, samoplatca bol zdravotníckym pracovníkom poučený o cene za zdravotný výkon 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 hrađený 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 14 dní odo dňa podpisu žiadanky.

Vyšetrenie bude vykonané až po prijatí úhrady na účet a daňový doklad bude zaslaný na vyššie uvedenú adresu, alebo si ho môže klient prevziať osobne v sídle firmy. Samoplatca uhradí uvedenú sumu v sídle firmy, alebo bankovým prevodom na účet:

IBAN SK11 1100 0000 0026 2170 1853, SWIFT TATRSKBX, VS: rodné číslo bez lomítka.







Miesto

Dátum

Podpis klienta

IČO: 35 921 528
DIČ: 2021964604
IČ DPH: SK2021964604Tel.: +421 2 43 191 912
e-mail: info@ghc.sk
web: www.ghcgenetics.skLaboratórium genomickej medicíny
GHC GENETICS SK, s.r.o., NZZ
Vedecký park UK
Ilkovičova 8, 841 04 Bratislava

INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU S GENETICKÝM VYŠETRENÍM

1. VYŠETROVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL:	<input type="checkbox"/> Gingiválny ster	<input type="checkbox"/> Bukálny ster	
2. NÁZOV GENETICKÉHO LABORÁTORNEHO VYŠETRENIA:	<input type="checkbox"/> Dental DUO	<input type="checkbox"/> Dental GEN	<input type="checkbox"/> Dental BAC
3. ÚČEL GENETICKÉHO LABORÁTORNEHO VYŠETRENIA:	<input type="checkbox"/> Zistenie predispozície na chorobu/ funkciu organizmu		<input type="checkbox"/> Zistenie prítomnosti patogénov
4. INFORMÁCIE O MEDICÍNSKOM GENETICKOM LABORÁTORNOM VYŠETRENÍ:			
DNA laboratórne vyšetrenie pre medicínske účely je špecializované vyšetrenie, ktoré u vyšetrovaného môže viesť k potvrdeniu alebo vylúčeniu prítomnosti predispozície dedičného ochorenia a určiť riziko/pravdepodobnosť dedičného ochorenia u potomkov, príp. viesť k identifikácii rôznych patogénov a určiť riziko/pravdepodobnosť vzniku príslušného ochorenia. Predpokladaný prínos genetického laboratórneho vyšetrenia: Predikcia príp. prevencia vzniku dedičného ochorenia alebo potvrdenie prítomnosti patogénu. Znalosť príčiny genetického ochorenia, príp. prítomnosť patogénu môže viesť k upresneniu diagnózy, efektívnej a cielenej liečbe, alebo predchádzaniu možných komplikácií. Zároveň je predpokladom genetického poradenstva alebo nastavenia špeciálneho manažmentu príslušným odborníkom. Alternatívy genetického laboratórneho vyšetrenia: Metodické postupy DNA testov predstavujú vzhľadom na súčasné poznatky najpresnejšie možnosti laboratórnej diagnostiky a poskytujú informáciu, ktorá môže byť prínosná v klinickom manažmente klienta aj jeho príbuzných. Vplyv genetického laboratórneho vyšetrenia na zdravie subjektu, vrátane zdravia budúcich generácií, informácie o rizikách neočakávaných nálezov pre subjekt a geneticky príbuzné osoby: a) Pozitívny výsledok DNA analýzy, t. j. dôkaz patologického DNA variantu/dôkaz prítomnosti patogénneho agensu, môže ovplyvniť zdravotnú starostlivosť a manažment o pacienta príp. členov rodiny. b) Zistenie tzv. neočakávaných nálezov, ktoré môžu mať pre zdravotnú starostlivosť a manažment pacienta a genetických príbuzných zásadný vplyv (napr. zistenie prenášateľstva niektorých genetických ochorení). c) Zistenie nálezov, ktoré sa odlišujú od nálezov bežných, ale ich konkrétny vplyv na súčasný a/alebo budúci zdravotní stav pacienta a genetických príbuzných nemožno na základe súčasných znalostí stanoviť. Možné obmedzenia vo zvyčajnom spôsobe života a v pracovných schopnostiach po poskytnutí genetického laboratórneho vyšetrenia, príp. zmeny zdravotnej spôsobilosti: Po odbere biologického materiálu, periférnej krvi je nutné riadiť sa pokynmi zdravotníckeho pracovníka a vyčkať odporúčenú dobu v čakárni. Výsledok vyšetrenia môže byť pre vyšetrovaného stresujúci. Údaj o liečebnom režime a preventívnych opatreniach, ktoré sú vhodné, a o poskytnutí ďalších zdravotných služieb: <input type="checkbox"/> žiadne <input type="checkbox"/> kľudový režim <input type="checkbox"/> podľa odporúčania lekára Subjekt je povinný pred genetickým laboratórnym vyšetrením informovať lekára o prípadných alergických reakciách a závažných ochoreniach, na ktoré sa subjekt lieči:			
..... Možné riziká poskytnutia genetického lab. vyšetrenia: Zriedkavé riziká spojené s odberom biologického materiálu (hematómy, infekcia, reakcia na dezinfekciu).			
5. MANIPULÁCIA SO VZORKOU DNA PO UKONČENÍ VYŠETRENIA:			
<input type="checkbox"/> Moja vzorka bude archivovaná napr. pre prípadnú ďalšiu analýzu v budúcnosti. Vždy pred ďalším testovaním budem poučený/á a nové genetické vyšetrenie bude vykonané až po mojom aktuálnom informovanom súhlase. Výsledok genetického vyšetrenia bude anonymizovaný a zaradený do štatistického súboru s možnosťou využitia na vedecké príp. referenčné účely. <input type="checkbox"/> Moja vzorka bude po prevedení genetického vyšetrenia zlikvidovaná s rizikom, že nebude možné v budúcnosti výsledok vyšetrenia overiť a pre ďalšie genetické testovanie bude nutný nový odber. <input type="checkbox"/> Moja vzorka nebude zlikvidovaná avšak výsledok genetického vyšetrenia nebude využitý na vedecké účely. <input type="checkbox"/> Iné:			
6. NOVÝ ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU:			
Vyšetrovaná osoba môže byť vo svoj prospech vyzvaná prevádzkovateľom k novému odberu biologického materiálu za účelom doplnenia, overenia alebo zopakovania analýzy, či k zaisteniu správnej interpretácie výsledkov vykonaného genetického laboratórneho vyšetrenia. V prípade záujmu samotnej vyšetrovanej osoby o ďalšie genetické laboratórne vyšetrenie bude nutný nový odber biologického materiálu a ďalšie poučenie podľa typu vyšetrenia.			
7. VYHLÁSENIE VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:			
Vyhlasujem, že mi bolo poskytnuté poučenie o genetickom laboratórnem vyšetrení . Bol mi jasne a zrozumiteľne vysvetlený účel, povaha, následky, riziká, alternatívy navrhovaných postupov, riziká odmietnutia a prínos genetického laboratórneho vyšetrenia. Som si vedomý/á, že výsledky mojej genetickej 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 nezamlčujem žiadne skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na voľbu a vykonanie genetického laboratórneho vyšetrenia, alebo by mohli ohroziť iné osoby. Na základe tohto poučenia prehlasujem, že udefujem súhlas s odberom vzorky DNA a s genetickým vyšetrením na účely špecifikované v príslušnej žiadanke .			
			
PODPIS VYŠETROVANEJ OSOBY	Miesto	Dátum	
8. VYHLÁSENIE LEKÁRA:			
Prehlasujem, že som vyšetrovanému (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil účel, povahu, predpokladaný prínos, následky i možné riziká vyššie uvedeného genetického laboratórneho vyšetrenia. Taktiež som vyšetrovanú osobu oboznámil s možnými výsledkami a dôsledkami toho, že by vyšetrenie nebolo možné za vyššie uvedeným účelom previesť alebo by nemalo potrebnú výpovednú hodnotu pre sledovaný účel. Oboznámil som vyšetrovanú osobu (zákonného zástupcu) i s možnými rizikami a dôsledkami v prípade odmietnutia tohoto vyšetrenia. Výsledky laboratórneho vyšetrenia budú dôverné a nebudú bez súhlasu vyšetrovanej osoby/zákonného zástupcu poskytnuté tretej strane, pokiaľ platné právne predpisy neurčujú inak.			
			
PODPIS LEKÁRA	Miesto	Dátum	