Parazitologický ústav SAV, Hlinkova 3, 040 01 Košice, 055/633 14 11 - 13, [pausav@saske.sk](mailto:pausav@saske.sk)

**OBJEDNÁVKA PARAZITOLOGICKÉHO VYŠETRENIA PSOV A MAČIEK**

**Kontaktné osoby**: MVDr. M. Miterpáková, PhD., MVDr. Z. Hurníková, PhD.

**ŽIADATEĽ (kontaktné údaje):**

Meno a priezvisko...................................................................................................................... Adresa........................................................................................................................................

Kontakt (email, tel. číslo)...........................................................................................................

**Požadované vyšetrenie (zaškrtnite):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Druh zvieraťa..............................................  Plemeno.....................................................  Rok narodenia............................................  Pohlavie.....................................................  Príznaky ochorenia (ak sú prítomné)...............................................................................  ......................................................................................................................................... | |  |
|  | |  |
| Parazitologická analýza trusu | □ | | |
| Larvoskopické vyšetrenie trusu na prítomnosť pľúcnych červov | □ | | |
| Vyšetrenie krvi mäsožravcov na prítomnosť mikrofilárií vlasovcov (*Dirofilaria* spp.) | □ | | |

**DÔLEŽITÉ!!!**

**Údaje prosíme vyplniť až po odbornej konzultácii s pracovníkmi PaÚ SAV. Žiadame Vás, aby platba nebola uskutočnená pred spresnením objednávky, ale až po zaslaní podkladov o výške platby.**

Výsledky vyšetrení majú len podporný charakter pri stanovení, resp. vylúčení diagnózy. Pri pozitívnom výsledku je potrebné kontaktovať veterinárneho lekára.

**INFORMOVANÝ SÚHLAS**

Súhlasím s vyšetrením poskytnutého materiálu na požadované analýzy a s anonymným použitím poskytnutého materiálu a výsledku vyšetrenia na vedecké účely. Podpisom tejto objednávky zároveň dávam súhlas na spracovanie osobných údajov v rozsahu tejto objednávky, a to za účelom vykonania  parazitologických vyšetrení a spracovania výsledkov z nich v zmysle tejto objednávky. Osobné údaje žiadateľa nebudú nikde zverejnené, slúžia len na evidenciu a ďalší kontakt (zaslanie výsledku).

**Dátum: Podpis:**

**Vzorky na vyšetrenie prosíme doručiť osobne, alebo zaslať poštou ako „BIOLOGICKÝ MATERIÁL“.**