

	Dopravní zdravotnictví a.s. POLIKLINIKA AGEL Plzeň Švihovská 14, 301 00 Plzeň IČ: 25903659	Příloha č. 01 k Vnitřnímu předpisu 019_POS_2019-604
--	---	--

Seznam výkonů/vyšetření, u kterých je zapotřebí písemný souhlas pacienta

pracoviště	výkon
Alergologie	Alergologické vyšetření nezletilí
	Léčba alergenovou imunoterapií
Gynekologie	Abtorze polypu
	Zavedení nitroděložní antikoncepce
Chirurgie	Barronova ligace
	Excize, extirpace, drobné chirurgické výkony
	Extirpace ganglionu
	Gastroskopie
	Incize hemoroidální trombózy
	Kolonoskopie
Kožní	Odstranění kožního útvaru elektrochirurgickou metodou
Neurologie	Jehlová elektromyografie
Ortopedie	Operace vbočeného palce nohy, kladívkových prstů
	Operace karpálního tunelu
	Lupavý prst
	Operace tenisového nebo oštěpařského lokte
Revmatologie	Stanovení antigenu HLA B27
Urologie	Cystoskopie
	Transrektální sonografie a biopsie prostaty
Podání Entonoxu	
Vyšetření HIV (Human Immunodeficiency Virus)	