

Cenník výkonov nehradených zdravotnými poisťovňami.

1.	Poplatok za služby nad rámec verejného zdrav.poistenia na žiadosť pacienta	5 EUR
2.	Zavedenie vnútromaternicového telieska	60 EUR
3.	Odstránenie vnútromaternicového telieska	20 EUR
4.	Žiadosť o UPT, sterilizáciu	50 EUR
5.	LBC cytológia	30 EUR
6.	Ročný poplatok za vedenie HAK	15 EUR
7.	Kardiotokografia nehradená ZP	7 EUR
8.	Vyšetrenie pred hormonálnou antikoncepciou	10 EUR
9.	Cervikometria	10 EUR
10.	LBC cytológia bez ZP	50 EUR
11.	Vyšetrenie bez ZP	50 EUR
12.	Odber HPV bez ZP	75 EUR
13.	Poradňa bez ZP	20 EUR
14.	Konzultácia via e-mail	15 EUR
15.	Vyšetrenie na vlastnú žiadosť	50 EUR
16.	Očkovanie nad rámec poistenia	15 EUR
17.	Výpis zo zdravotnej dokumentácie	15 EUR
18.	Lekárska správa pre komerčné poisťovne	25 EUR
19.	Vydávanie lekárskeho potvrdenia	2 EUR
20.	Kópia zdravotnej dokumentácie (za každú stranu)	1 EUR
21.	Vystavenie duplikátov žiadaniek, potvrdení, predpisov	5 EUR
22.	Opakované vystavenie tehotenskej knižky pre stratu	20 EUR
23.	Vybratie stehov	10 EUR
24.	TVS/TAS na vlastnú žiadosť	50 EUR
25.	Fotografia plodu	5 EUR
26.	Nedostavenie sa/zrušenie termínu menej ako 24 hod. vopred	10 EUR
27.	Lokálne ošetrovanie/výplach	15 EUR
28.	Vyšetrenie mimo ordinačných hodín	30 EUR
29.	Použitie jednorázových zrkadiel na vyšetrenie	2 EUR
30.	Poplatky v tehotnosti nehradené ZP	15 EUR
31.	Úprava cyklu/posun menštruačného cyklu na požiadanie	15 EUR
32.	Trisomy test	350 EUR
33.	Trisomy test XY	390 EUR
34.	Trisomy test +	450 EUR
35.	Trisomy test Complete	530 EUR
36.	Trisomy test Complete + CF	590 EUR
37.	Trisomy test Complete + SLOS	635 EUR
38.	Trisomy test Complete + CF + SLOS	695 EUR