

Souhlas s provedením antigenního testu na COVID-19

Byl/a jsem v posledních 7 dnech testován/a antigenním testem hrazeným z veřejného zdravotního pojištění:

ANO – NE*

Příznaky COVID 19 (zakroužkujte):

bez příznaků kašel bolest svalů/kloubů/zimnice

průjem/zvracení teplota ztráta chuti a čichu

jiné: _____

**Svým podpisem potvrzuji souhlas s provedením antigenního testu na COVID-19
výtěrem z nosu nebo nosohltanu.**

Jméno: _____

Příjmení: _____

Číslo pojištěnce: _____

Zdravotní pojišťovna: _____ Státní příslušnost: _____

Datum narození: _____ Místo narození: _____

Místo pobytu – město: _____ Místo pobytu – PSČ: _____

Telefon: _____ Datum provedení testu: _____

podpis testovaného / zákonného zástupce

=====

Vyplní pracovník mobilního testovacího týmu:

Výsledek: NEGATIVNÍ – POZITIVNÍ*

Indikace PCR: ANO – NE*

Výsledek odeslán na UZIS: ANO – NE*

Splňuje podmínky: ANO – NE*

Testován v subjektu:

*) odpověď zakroužkujte