

EPIDEMIOLOGICKÝ DOTAZNÍK ANTIGENNÍ TESTOVÁNÍ COVID-19 (SARS-CoV-2)_v3

Datum testu:	Číslo testu: (místo pro štítek)
Jméno a příjmení:	
Číslo pojištěnce: (rodné číslo)	
Pojišťovna:	Kód:
Město:	Ulice a popisné číslo:
PSČ:	
Kontaktní mobilní telefon:	
e-mail (není povinné):	
Profese:	
<i>Nevyplňujte, vyplní testující pracovník!</i>	
COVID-19 pozitivní:	NE <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/>
Karanténa:	NE <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/>
*Provedený Ag test: (v posledních 3 dnech)	NE <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/>
*Provedený PCR test: (v posledních 5 dnech)	NE <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/>
*Provedený PCR pro COVID+: (v posledních 90 dnech)	NE <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/>
Příznaky:	NE <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/>
Jaké:	
Výsledek: NEGATIVNÍ <input type="radio"/>	**nehodící se škrta
**POZITIVNÍ / NEPRŮKAZNÝ (vystavena žádanka PCR) <input type="radio"/>	

*Pokud testovaný na některou z uvedených otázek uvede ANO, musí mu být test účtován jako samoplátci. Pokud zamlčí, může mu být doučtováno.

Podpis testovaného: ID testujícího:.....