

POTVRZENÍ O ABSOLVOVÁNÍ TESTU NA PRŮKAZ PŘÍTOMNOSTI AG SARS-COV-2

POTVRZUJI, ŽE

příjmení _____

jméno _____

datum narození _____

byl/a testován/a na místě antigenního odběrového centra na přítomnost antigenu viru SARS-Cov-2 pomocí antigenního testu (POC rapid test, laboratorní test).

výsledek

NEGATIVNÍ

POZITIVNÍ

Testovanému byl sdělen výsledek testu a byl poučen o dalším postupu. Testování na přítomnost antigenu viru SARS-Cov-2 prostřednictvím antigenního testu je prováděno na základě mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví ČR. Negativní výsledek nevylučuje možnost, že jedinec je infekční, anebo že se stane infekčním v blízkém časovém odstupu od vyšetření.

V _____

dne _____
podpis a razítko odběrového místa

* Toto potvrzení se vystavuje jako doklad o provedení testu.

Výsledek odeslán

Souhlas s provedením antigenního testu na COVID-19

Byl jsem v posledních 90 dnech **pozitivně** testován: **ANO – NE**

Byl jsem v posledních 3 dnech již testován: **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 úst, nosu nebo nosohltanu.

Jméno:

Příjmení:

Datum provedení testu:

Číslo pojištění:

Zdravotní pojišťovna:

Telefon:

Datum narození:

Místo pro test

Státní příslušnost:

Místo pobytu - město:

Místo pobytu - PSČ:

_____ *podpis testovaného / zákonného zástupce*

Objednatel:

Vyplní pracovník mobilního testovacího týmu:

Výsledek: **NEGATIVNÍ – POZITIVNÍ**

Indikace PCR: **ANO - NE**