

Žádanka antigenního testu SARS-CoV-19

MEDICAL PLUS, s.r.o., Uh. Hradiště

Mobilní testovací tým

Odběrové místo	
Odběrové místo	
Datum	

Informace o pacientovi	
Jméno	
Příjmení	
Číslo pojištěnce/rodné číslo	
Datum narození	
Státní příslušnost	
Zdravotní pojišťovna	

Údaje o pobytu	
Ulice a č.p.	
PSČ	
Město	

Kontaktní údaje na pacienta	
Kontaktní telefon	
Kontaktní e-mail	

Symptomy	
Kašel	
Bolest svalů, kloubů, zimnice	
Průjem, zvracení	
Teplota	
Ztráta chuti a čichu	
Jiné	
Žádné	

Klinicky závažný stav	
Ano	
Ne	
Neuvedeno	

Datum a podpis