

EPIDEMIOLOGICKÝ DOTAZNÍK ANTIGENNÍ TESTOVÁNÍ COVID-19 (SARS-CoV-2)_v2

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:	
Nevyplňujte, vyplní testující pracovník!	
COVID-19 Pozitivní:	NE <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/>
Karanténa:	NE <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/>
Provedený test: (v posledních 5ti dnech)	NE <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/>
Příznaky:	NE <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/>
Jaké:	
Výsledek:	
NEGATIVNÍ <input type="radio"/>	
NEPRŮKAZNÝ (VYSTAVENA ŽÁDANKA PCR) <input type="radio"/>	
POZITIVNÍ (VYSTAVENA ŽÁDANKA PCR) <input type="radio"/>	