# ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ DETEKCE SARS-CoV-2

|  |  |
| --- | --- |
| Datum testování:  Jméno a příjmení:  Kód pojišťovny:  Číslo pojištěnce:  \*Datum narození:  \*Pohlaví: M  Ž  \*Státní příslušnost:  Bydliště:  Telefonní kontakt, vč. předvolby: | Diagnóza: Z115  Čas testování:  Laboratorní číslo:  Zdravotnický pracovník:  Mgr. Martin Hlobil  Tel: +420 702 126 770  Razítko a podpis: |

\*Vyplňuje se pouze u cizinců

|  |
| --- |
| **VÝSLEDEK VYŠETŘENÍ IN VITRO DIAGNOSTICKÉHO RYCHLÉHO TESTU PRO KVALITATIVNÍ STANOVENÍ SARS-COV-2 ANTIGENU (AG)** |
| **POZITIVNÍ**  **NEGATIVNÍ** |

# ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ DETEKCE SARS-CoV-2

|  |  |
| --- | --- |
| Datum testování:  Jméno a příjmení:  Kód pojišťovny:  Číslo pojištěnce:  \*Datum narození:  \*Pohlaví: M  Ž  \*Státní příslušnost:  Bydliště:  Telefonní kontakt, vč. předvolby: | Diagnóza: Z115  Čas testování:  Laboratorní číslo:  Zdravotnický pracovník:  Mgr. Martin Hlobil  Tel: +420 702 126 770  Razítko a podpis: |

\*Vyplňuje se pouze u cizinců

|  |
| --- |
| **VÝSLEDEK VYŠETŘENÍ IN VITRO DIAGNOSTICKÉHO RYCHLÉHO TESTU PRO KVALITATIVNÍ STANOVENÍ SARS-COV-2 ANTIGENU (AG)** |
| **POZITIVNÍ**  **NEGATIVNÍ** |