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.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

SAF RES SAFETY AND RESCUE SERVICES

CENTRÁLNÍ ŘÍDÍCÍ TÝM COVID-19

Výsledek odeslán

Souhlas s provedením antigenního testu na COVID-19

Byl/a jsem v posledních **7** dnech testován/a antigenním testem hrazeným z veřejného zdravotního pojištění:

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.

Místo pro test

Jméno:

Příjmení:

Datum provedení testu:

Číslo pojištěnce:

Zdravotní pojišťovna:

Státní příslušnost:

Telefon:

Místo pobytu - město:

Datum narození:

Místo pobytu - PSČ:

_____

podpis testovaného / zákonného zástupce

==========

Objednatel:

_____

_____

Vyplní pracovník mobilního testovacího týmu:

Výsledek: NEGATIVNÍ – POZITIVNÍ

Indikace PCR: ANO - NE