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

CENTRÁLNÍ ŘÍDÍCÍ TÝM COVID-19

SAFRES
SAFETY AND RESCUE SERVICES

SAFRES Group s.r.o.
Tyršova 820, Česká Skalice
IČ: 28786700 DIČ: CZ28786700
www.safres.cz

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.

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