

Formulář k provedení antigenního testu pro veřejnost

Jméno a příjmení

Rodné číslo / číslo pojištěnce

Zdravotní pojišťovna

Adresa (město, PSČ)

Kontaktní telefon

Příznaky

- kašel
- bolest svalů, kloubů, zimnice
- průjem, zvracení
- teplota
- ztráta chuti a čichu
- jiné
- žádné

První příznaky se objevily dne (odpovídejte v případě přítomnosti některého z příznaků):

.....

V předcházejících 90 dnech jsem byl/a pozitivně testován/a na onemocnění Covid-19*:

ano ne

V předcházejících 5 dnech jsem byl/a testován/a na onemocnění Covid-19 PCR metodou nebo antigenním testem s negativním výsledkem*:

ano ne

*V případě, že jste kladně odpověděl/a alespoň na jednu z předešlých dvou otázek, nejste indikován/a k preventivnímu testování obyvatelstva a antigenní test vám tedy nebude proveden.

.....

datum

.....

podpis pojištěnce