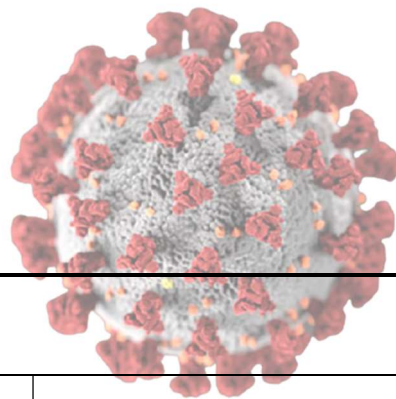


Žádanka - vyšetření SARS-CoV-2



Část A

Jméno a příjmení / Name and surname :			
Datum narození / Date of birth:		Rodné číslo:	
Telefonní kontakt / Telephone contact:			
E-mail:			
Ulice č. p. / č. o. / street :			
PSČ, město / Postcode, city:			
Pojišťovna:	☐ 111 VZP ☐ 201 VOZP ☐ 205 ČPZP ☐ 207 OZP ☐ 209 ZPŠ ☐ 211 ZPMV ☐ 213 RBP		

Test metodou: ☐ PCR / ☐ antigenní test

Platba: ☐ hotově / ☐ kartou / ☐ e-žádanka

Symptomy:

☐ kašel	☐ bolest svalů, kloubů, zimnice	☐ průjem, zvracení	☐ teplota °C
☐ žádné	☐ jiné _____		

Vyslovuji SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ (podle čl. 6 odst. 1 písm. a) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 – Obecné nařízení k ochraně osobních údajů)

Datum: _____ Podpis: _____

Část B (pro antigenní test)

Výsledek testu: ☐ NEGATIVNÍ / ☐ POZITIVNÍ

Byl/a jsem seznámen/a s výsledkem antigenního testu	
☐ v případě pozitivního výsledku mi byl předán informační materiál MZČR „Výsledek mého testu je POZITIVNÍ“	
datum	podpis