

Formulář k preventivnímu testování COVID-19

Požadují **PCR test** (výsledek do 48 hodin)
2x za kalendářní měsíc
(plně očkovaným osobám)
5x za kalendářní měsíc
(viz tabulka níže)

Samoplátecký antigenní test
(výsledek do 15 minut)

Osobami, kterým se provádí vyšetření na jejich žádost, jsou:

- a) osoby do dovršení 18 let věku,
- b) osoby, které se nemohou očkování proti onemocnění COVID-19 podrobit pro kontraindikaci (nutno prokázat lékařskou zprávou nebo zápisem ISIN),
- c) osoby, které jsou očkovány, ale neuplynula u nich doba 14 dní po obdržení poslední dávky vakcíny (nutno prokázat potvrzením nebo certifikátem).

V případě, že nespadáte do výše uvedených kategorií, nejste indikován/a k preventivnímu testování.

Jméno a příjmení

Rodné číslo / číslo pojištěnce

Zdravotní pojišťovna

Adresa (město, PSČ)

Kontaktní telefon

Email

Státní příslušnost.....

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):

.....

.....
datum

.....
podpis pojištěnce