

KÓD PZS

KÓD LEKÁRA ALEBO ŽIADATEĽ

PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA

Vzorka

ČAS ODBERU

DRUH VZORKY

DÁTUM PRIJATIA VZORKY

TELEFÓNNE ČÍSLO NA OZNÁMENIE VÝSLEDKU

E-MAIL

Pacient

RODNÉ ČÍSLO

DÁTUM NARODENIA

COVID19PASS

MENO

PRIEZVISKO

POHLAVIE

ŠTÁTNA PRÍSLUŠNOSŤ

POISŤOVŇA

DIAGNÓZA

PACIENT V KARANTÉNE

ÁNO

NIE

DÁTUM ZAČIATKU KARANTÉNY

DÁTUM UKONČENIA KARANTÉNY

CESTOVATEĽSKÁ ANAMNÉZA

OČKOVANIE PROTI CHRÍPKE

ÁNO

NIE

Adresa pobytu

ULICA, ČÍSLO DOMU

OBEC

PSČ

Krajina

POZNÁMKA K ADRESE

KONTAKT NA PACIENTA

E-MAIL

Klinické príznaky

DÁTUM ZAČIATKU OCHORENIA

PACIENT MÁ KLINICKÉ PRÍZNAKY

PNEUMÓNIA

MALÁTNOSŤ

TEPLOTA NAD 38°C

NÁDCHA

KAŠEĽ

BOLESTI HLAVY

INÉ

BOLESTI KLBOV A SVALOV

VÝSKYT PODOBNÉHO OCHORENIA (RODINA, PRACOVISKO, ŠKOLA)

POZNÁMKA