



## Formulář k provedení antigenního testu pro veřejnost

**Jméno a příjmení**.....

**Rodné číslo / číslo pojištění**.....

**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 180 dnech jsem byl/a pozitivně testován/a na onemocnění Covid-19\*:

ano       ne

V předcházejících 7 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. Pouze jako samoplátci.

.....

datum

.....

podpis pojištěnce