



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):

.....

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

- osoby do dovršení 18 let věku,
- osoby, které se nemohou očkování proti onemocnění COVID-19 podrobit pro kontraindikaci (nutno prokázat lékařskou zprávou nebo zápisem v ISIN)
- osoby očkované proti onemocnění COVID-19 alespoň jednou dávkou očkovací látky (nutno prokázat lékařskou zprávou nebo certifikátem)

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

.....

datum

.....

podpis pojištěnce