**Testování COVID-19 Ordinace Liběchov s.r.o. v ÚŽFG AV ČR**

*Testovaný pacient vyplní níže hůlkovým písmem*

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Státní příslušnost:

Zdravotní pojišťovna:

Adresa včetně PSČ:

Telefonní číslo (pro SMS):

E-mail:

Mám příznaky COVID-19? (podtrhněte vyhovující)

 NE ANO *(kašel, teplota, ztráta chuti/čichu, bolest, kloubů, průjem)*

Souhlasím se zpracováním údajů pro odeslání výsledků do systému ÚZIS pro potřeby testujícího pracoviště, zdravotní pojišťovny, která mi tento test proplácí, a ÚŽFG AV ČR. Tento souhlas je nutná podmínka testování

 ................................................

 (podpis testovaného pacienta)

Výsledky Vám budou sděleny SMS, budou zadány do systému ÚZIS a archivovány v ordinaci.

*---------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

*Vyplní pracoviště*

Číslo:

Datum:

Čas založení vzorku:

Čas odečtení vzorku:

Výsledek: