



Žiadanka na laboratórne vyšetrenie COVID-19

Rodné číslo:		Pečiatka a podpis lekára:	
Dátum narodenia:			
Meno a priezvisko:			
Poistovňa:	Pohlavie: žena		
Bydlisko:	muž		
Telefónne číslo:			
Email:			
Dátum a čas odberu:		Príznaky:	
Dôvod vyšetrenia			
Pacient s potvrdeným Covid - 19	Diagnóza:		Zvýšená teplota
Pacient s podozrením na Covid - 19			Kašeľ
Vlastná žiadosť			Zápal dýchacích ciest (rinitída)
Požadované vyšetrenie		Bolesti svalov, kĺbov , únava	
PCR na potvrdenie Covid -19	Epidemiologická anamnéza		
anti SARS-CoV-2 IgG, Ig M	Blízky kontakt s osobou, s potvrdeným ochorením Covid 19	Dyspnoe	
Bol som očkovaný(á) proti Covid-19	Blízky kontakt s osobou, ktorá bola v uplynulých 30 dňoch v zahraničí	Dátum prvých príznakov	
Prekonal som ochorenie Covid-19	Krajina :		
	Pobyt v zahraničí za posledných 30 dňoch		



Žiadanka na laboratórne vyšetrenie COVID-19

Rodné číslo:		Pečiatka a podpis lekára:	
Dátum narodenia:			
Meno a priezvisko:			
Poistovňa:	Pohlavie: žena		
Bydlisko:	muž		
Telefónne číslo:			
Email:			
Dátum a čas odberu:		Príznaky:	
Dôvod vyšetrenia			
Pacient s potvrdeným Covid - 19	Diagnóza:		Zvýšená teplota
Pacient s podozrením na Covid - 19			Kašeľ
Vlastná žiadosť			Zápal dýchacích ciest (rinitída)
Požadované vyšetrenie		Bolesti svalov, kĺbov , únava	
PCR na potvrdenie Covid -19	Epidemiologická anamnéza		
anti SARS-CoV-2 IgG, Ig M	Blízky kontakt s osobou, s potvrdeným ochorením Covid 19	Dyspnoe	
Bol som očkovaný(á) proti Covid-19	Blízky kontakt s osobou, ktorá bola v uplynulých 30 dňoch v zahraničí	Dátum prvých príznakov	
Prekonal som ochorenie Covid-19	Krajina :		
	Pobyt v zahraničí za posledných 30 dňoch		

