|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jméno/Name**: | |  | |
| **Příjmení/Surname:** | |  | |
| **Rodné** **číslo(Číslo pojištěnce)/Personal ID**: | |  | |
| **Datum narození/Date of birth**: | |  | |
| **Státní příslušnost/Nationality**: | |  | |
| **Pohlaví/Gender**: | | žena / female  muž / male | |
| **Kontaktní adresa / contact address**: | |  | |
| **PSČ/ZIP**: | |  | |
| **Mobil / Cell phone No:** | |  | |
| **E-mail:** | |  | |
|  | | | |
| **Důvod:** | | preventivní/preventive | |
|  | | diagnostický/diagnostic | |
|  | | kontrolní/control | |
|  | |  | |
| **Klinicky závažný stav /Clinically serious conditions** | | ANO  NE | |
| **Příznaky/Symptoms**: | teplota/temperature °C | | |
|  | kašel/cough | | |
|  | rýma/cold | | |
|  | bolesti svalů, kloubů/ muscles, joint pain | | |
|  | zažívací potíže (průjem, zvracení)/ indigestion (diarrhea, vomiting) | | |
|  | ztráta chuti, čichu/loss of taste, smell | | |
|  | | | |
| **Mám žádanku od lékaře/ I have request for testing from physician** | | | ANO  NE |
| **Mám zájem o potvrzení k překročení hranic ČR /**  **I request certificate for travelling purposes** | | | ANO  NE |

(V případě, že žádáte toto potvrzení, uveďte, prosím, místo narození ………………………….

In case your request the certificate, please indicate your place of birth )

*-----------------------------------------------vyplňuje laboratoř/filled by the laboratory--------------------------------*

*Datum odběru:*

*Čas odběru:*

*Odebral:*