|  |  |
| --- | --- |
| **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:*