**Jméno**:

**Příjmení**:

**Číslo pojištěnce / rodné** **číslo**:

**Datum narození**:

**Státní příslušnost**:

**Pohlaví**: žena / muž

**Kontaktní adresa**:

**PSČ**:

**Telefon**:

**E-mail**:

**Důvod**: preventivní

diagnostický

kontrolní

**Klinicky závažný stav** ANO / NE

**Příznaky**: teplota °C

kašel

rýma

bolesti svalů, kloubů

zažívací potíže (průjem, zvracení)

ztráta chuti

**Mám žádanku od lékaře** ANO / NE

**Mám zájem o potvrzení k překročení hranic ČR** ANO / NE

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

*------------------------------------------------------vyplňuje laboratoř----------------------------------------------------------*

*Datum odběru:*

*Čas odběru:*

*Odebral:*