

OSOBNÍ ÚDAJE

Příjmení:

Jméno:

Rodné číslo:
(bez lomítka)

Státní
příslušnost:

Telefon:
(s předvolbou)

Email:

KONTAKTNÍ ADRESA

Ulice:

Číslo
popisné:

Číslo
orientační:

PSČ:

Obec:

TEST NA COVID-19

☐

PCR BASIC

☐

ANTIGEN BASIC

☐

PCR STANDARD

☐

ANTIGEN STANDARD

☐

RAPID TEST (protilátky IgG a IgM)

Certifikát MZČR o bezinfekčnosti:

☐

ANO (+250,-)

☐

NE

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ SARS-CoV-2 SAMOPLÁTCE

INFORMOVANÝ SOUHLAS (PODPIS TESTOVANÉ OSOBY)

Prohlašuji, že mi bylo poskytnuto poučení o laboratorním vyšetření výše uvedeného typu. Byl mi jasně a srozumitelně vysvětlen účel, povaha, přínos a rizika tohoto vyšetření a byl mi poskytnut dostatek času a informací pro porozumění všem podstatným a potřebným údajům. Prohlašuji, že souhlasím s odběrem výše specifikovaného vzorku biologického materiálu a má výsledná laboratorní zpráva může být poskytnuta systému CovIT.

Byl jsem poučen, že součástí vyšetření je předání výsledků v elektronické podobě prostřednictvím zabezpečeného webového portálu <https://covid.imtm.cz/>, kdy přístupové údaje mi budou zaslány na mobilní telefonní číslo.

Dne:

Podpis vyšetřované osoby:



(+420) 607 400 401



genetikapardubice.cz



covid@genetikapardubice.cz

Laboratoře lékařské genetiky s.r.o., Masarykovo
náměstí 2667, Pardubice, PSČ: 530 02, IČ:03909689,
akreditované podle ČSN EN ISO 15189:2013 pod číslem 8080



F-311D