

ŽÁDANKA VYŠETŘENÍ NA SARS-CoV-2



Příjmení

Jméno

Bydliště

Telefon

E-mail

Číslo pojištění

Pojišťovna Pohlaví Muž Žena

DG

Datum začátku akut. onemocnění

Místo a adresa
odběrového místa
(razítko ZZ)
Lékař
IČZ
Telefon

Objednání na PCR vyšetření na tel. 800 700 701.

Vzor jak vyplňovat



Sérologické vyšetření protilátek – srážlivá krev

Datum odběru

☐	IgG
☐	IgM
☐	IgA

Přímý průkaz nukleové kyseliny SARS-CoV-2 (RT-PCR)

Datum odběru

☐	Stěr z nosohltanu
--------------------------	-------------------

Poznámka: V případě zájmu o oba typy vyšetření (RT-PCR i sérolog. vyšetření protilátek) je nutné vystavit samostatnou žádanku na každé vyšetření a transportovat zvlášť stěr a zvlášť srážlivou krev.

Důležité epid. souvislosti / cestovní anamnéza:

Poznámky:

verze 3.4/20

ŽÁDANKA VYŠETŘENÍ NA SARS-CoV-2



Příjmení

Jméno

Bydliště

Telefon

E-mail

Číslo pojištění

Pojišťovna Pohlaví Muž Žena

DG

Datum začátku akut. onemocnění

Místo a adresa
odběrového místa
(razítko ZZ)
Lékař
IČZ
Telefon

Objednání na PCR vyšetření na tel. 800 700 701.

Vzor jak vyplňovat



Sérologické vyšetření protilátek – srážlivá krev

Datum odběru

☐	IgG
☐	IgM
☐	IgA

Přímý průkaz nukleové kyseliny SARS-CoV-2 (RT-PCR)

Datum odběru

☐	Stěr z nosohltanu
--------------------------	-------------------

Poznámka: V případě zájmu o oba typy vyšetření (RT-PCR i sérolog. vyšetření protilátek) je nutné vystavit samostatnou žádanku na každé vyšetření a transportovat zvlášť stěr a zvlášť srážlivou krev.

Důležité epid. souvislosti / cestovní anamnéza:

Poznámky:

verze 3.4/20