**DOTAZNÍK K ODBĚRU ANTIGENNÍHO TESTU  COVID-19**

Jméno a Příjmení:

Rodné číslo:

Telefon:

Email:

Zdravotní pojišťovna:

Příznaky onemocnění ANO/NE (od kdy a jaké):

|  |
| --- |
| Tělesná teplota: |
|  |

Bezplatné vyšetření Antigenním testem je určeno pojištěncům zdravotní pojišťovny, kteří se prokáží platnou kartičkou ZP, tj. modrou pro pojištěné v ČR nebo žlutou pro pracovníky v EU s nápisem PLNÁ PÉČE a kteří – viz „prohlášení“:

**Prohlašuji, že jsem:**

* V posledních 3 dnech nepodstoupil test metodou RT-PCR s negativním výsledkem
* V posledních 3 dnech neabsolvoval POC antigenní test s negativním výsledkem
* Absolvoval první test RT-PCR s pozitivním výsledkem před více jak 90ti dny

**Datum: ………………………………        Podpis: ………………………………………**

Výsledek testu předáváme na vlastním potvrzení, pokud vyžadujete formulář uveřejněný na stránkách MZČR pak si jej prosím doneste před vyplněný, kam vepíšeme výsledek testu a razítko. V případě pozitivního testu neprodleně informujte svého obvodního lékaře.  **K registraci předložte průkaz zdravotní pojišťovny a občanský průkaz.** Výše uvedené osobní údaje zpracováváme na základě zákona o ochraně veřejného zdraví č.258/2000 Sb. a dalších mimořádných opatření vlády za účelem provedení antigenního testu, výkazu pro ZP a hygienickou stanici.