

Datum a čas odběru:
Datum a čas převzetí materiálu:
Identifikace pacienta

jméno a příjmení:			
rodné číslo			
není-li přiděleno uveďte datum narození		pohlaví	
telefonní kontakt:			
email:			
adresa bydliště:			

Udělen ústní souhlas se zasláním výsledků elektronicky: ANO / NE

CENA:Kč

PLATBA: hotově / kartou

Požadovaná vyšetření - zaškrtněte		Informace o pacientovi	
<input type="checkbox"/>	PCR SARS-CoV-2*	Příznaky ANO/NE	
Pokud ANO specifikujte jaké <ul style="list-style-type: none"> • Zvýšená teplota • Kašel • Únava • Ztráta čichu/chuti • Rýma • Bolest Jiné:			
<input type="checkbox"/>	Protilátky Ig A**	<input type="checkbox"/>	Protilátky Ig M**
<input type="checkbox"/>	Protilátky Ig G**	<input type="checkbox"/>	Neutralizační protilátky**
Byl pacient pozitivně testován na SARS-CoV-2?		Byl pacient očkován SARS-CoV-2?	
ANO/NE		ANO/NE	
Pokud ANO – uveďte datum testu:		Pokud ANO – datum očkování:	

Informace k DPH: Podle 58 Zákona č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, je od daně osvobozeno plnění, jehož účelem je diagnostikování či léčení nemocí a zdravotních obtíží nebo jejich předcházení.

Podpisová doložka samožadatele: Já jako osoba, která vyšetření požaduje, prohlašuji, že účelem mého vyšetření je diagnostikování či léčení nemocí a zdravotních obtíží nebo jejich předcházení a jde tedy o osvobozené plnění.

Ověření totožnosti:

Podpis:

Primární vzorek: *Nasopharyngeální výtěr ** Krev