

ŽÁDOST O VYŠETŘENÍ – COVID-19

Jméno:

Příjmení:

Titul:

Rodné číslo / Datum narození u osob bez RČ:

.....

Adresa současného pobytu:

.....

Způsob převzetí výsledku

(vyžaduje uvedení e-mailové adresy a telefonního čísla pro zaslání SMS notifikace)

E-mail:

Mobilní telefon:

V Praze dne ____ . ____ . 2020

.....
(*) podpis

Čas vyšetření ____:____ hod.

Odebral:

-----**Pouze pro zákonné zástupce**-----

(*) U nezletilých osob či osob omezených ve svéprávnosti v oblasti týkající se tohoto právního jednání zákonný zástupce pacienta nebo soudem ustanovený opatrovník pacienta uvede níže specifikované identifikační údaje o své osobě a připojí, jakožto osoba práva oprávněně jednající jménem zastoupeného, svůj vlastnoruční podpis.

Jméno a příjmení zákonného zástupce: R.Č.: /

Adresa místa trvalého pobytu: