

# **ŽÁDOST O VYŠETŘENÍ/Request for Examination COVID-19**

**Jméno/First name** .....

**Příjmení/Surname** .....

**Titul/Title** .....

**Rodné číslo / datum narození u osob bez RČ/  
Date of Birth:** .....

**St. Příslušnost/Nationality** .....

**Telefon/Phone Number** .....

**E-mail:** .....

**Pobyt v ČR – PSČ/Stay in CZ – ZIP code** .....

**Pobyt v ČR – obec/Stay in CZ – Town:** .....

---

**Certifikát/Certificate**      **ano/yes**       **ne/no**

**Pokud certifikát, tak/If Certificate, than:**

**Číslo pasu/Passport no.** .....

**Místo narození – stát/Place of Birth – Country** .....

**Místo narození – obec/Place of Birth – Town:** .....

**V Praze/In Prague dne** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . **2020**

\_\_\_\_\_ **(\*)podpis/Signature**

-----**Pouze pro zákonné zástupce/Only for legal guardians**-----

(\*) 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 jednáající jménem zastoupeného, svůj vlastnoruční podpis.

Jméno a příjmení zákonného zástupce/ Name and surname of the legal representative:

..... R.Č.: ..... / .....

Adresa místa trvalého pobytu/Stay in CZ: .....