

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ Anti-SARS-CoV-2 **SAMOPLÁTCE**

Příjmení a jméno	Pohlaví Ž M	Identifikační číslo*	Datum narození (cizinci)
Bydliště (obec, ulice, PSČ)	Diagnóza	ZP 501	Pořadí odběru 1 2 3 4
Mobilní telefonní kontakt na pacienta	Pozitivní PCR či AG test v minulosti: ANO <input type="checkbox"/> KDY NE <input type="checkbox"/>		Materiál: Srážlivá krev Plazma (EDTA, Heparin) Protilátky IgG (3096) <input type="checkbox"/> Protilátky IgM (3072) <input type="checkbox"/>
Email na pacienta	Potvrzení o platbě (razítko a podpis): ZAPLACENO		Datum a čas odběru: Odebral:
	Vyzvednutí výsledku: Emailem <input type="checkbox"/> Osobně v laboratoři <input type="checkbox"/>		

* Pokud není přiděleno standardní identifikační číslo, uveďte datum narození pacienta.

v:02