

OSOBNÍ ČÍSLO TESTU:



OSOBNÍ DOTAZNÍK TESTOVANÉHO

Údaje slouží k zadání výsledku testu do Informačního systému infekčních nemocí (ISIN) a uhrazení testu zdravotní pojišťovnou. Všechny údaje je povinné vyplnit.

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo nebo číslo pojištěnce:

(pro jinou národnost platí, že udávají rodné číslo přidělené českou zdravotní pojišťovnou!)

Telefonní číslo:

Email:

Město:

PSC:

Zdravotní pojišťovna:

(zaškrtněte)

Všeobecná zdravotní pojišťovna (111)

Vojenská zdravotní pojišťovna (201)

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)

Oborová zdravotní pojišťovna (207)

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (211)

Nemám platné zdravotní pojištění

Byl jsem testován antigenním testem před méně než 7 dny na COVID-19:

ANO

NE

Byl jste testován v průběhu tohoto měsíce PCR testem?

ANO 1x

ANO 2x

NE

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené skutečnosti se zakládají na pravdě. Jsem si vědom(a) toho, že pokud vyplním údaje nepravdivě nebo neúplně, může být cena testu účtována.

V dne

_____ podpis testovaného