

Zdravotní pojišťovna:	Pohlaví: M Ž	Certifikát: ANO NE	Datum a čas odběru:
Rodné číslo:	Datum narození:		Číslo žádanky:
Příjmení a jméno:			
Místo pobytu (obec, <u>PSČ</u> , ulice, číslo popisné):			
Místo narození:			
Telefonní (včetně zahraniční předvolby) + e-mailový kontakt na vyšetřovaného:			
Číslo pasu:			

- SARS-CoV-2 (COVID-19) – PCR (nasofaryngeální stěr)
- Antigen viru SARS CoV-2 (nasofaryngeální stěr)
- Stanovení IgA protilátek – sérologický test
- Stanovení IgG protilátek – sérologický test
- Stanovení IgM protilátek - sérologický test

**Upozornění: Bez řádně a čitelně vyplněného záhlaví žádanky nemohou být vzorky zpracovány!**