

Zdravotní pojišťovna:	Pohlaví: M Ž	Certifikát: ANO NE	Datum a čas odběru:
Rodné číslo:	Datum narození:		Razítko a podpis lékaře:
Příjmení (Surname):	Jméno (First Name):		
Diagnóza:	Národnost:		
Místo pobytu (obec, PSČ, ulice, číslo popisné):			
Místo narození:			Číslo žádanky (čárový kód)
Telefonní číslo (včetně zahraniční předvolby):	E-mailový kontakt na vyšetřovaného:		
Číslo cestovního dokladu:			

- PCR test **samoplátce** (nasofaryngeální stěr/odběr slin)
- PCR test preventivní **zdarma** (nasofaryngeální stěr/odběr slin)
- Antigenní test (nasofaryngeální stěr)
- Stanovení IgG protilátek – sérologický test
- vitamín D celkový

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