

IDENTIFIKAČNÍ KARTA PACIENTA - ANTIGENNÍ TESTOVÁNÍ

ORDINACE MUDr. Víta Vokrouhlíka (kontaktní tel.: 603 700 905)

DATUM ODBĚRU**JMÉNO****DATUM NAROZENÍ****RODNÉ ČÍSLO****BYDLIŠTĚ****ZAMĚSTNÁNÍ****POJIŠTOVNA****ŽÁDÁM Potvrzení****ANO / NE****TELEFON**

čas odběru

výsledek testu

POZITIVNÍ / NEGATIVNÍ

vydáno Potvrzení o abs.

ANO / NE

tel. inf. o výsledku testu

ANO čas..... / NE