

ПОРЪЧКА ЗА ТЕСТ ЗА КОРОНАВИРУС

Моля отбележете:

RT PCR – Covid19

Антигенен бърз тест Covid19

Имена на пациента:
(име, презиме, фамилия)

ЕГН:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

№ на документа:






--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Адрес:





Телефон:.....


Личен лекар (Име и фамилия).....

Моля отбележете наличието на посочените симптоми:

 Температура/треска	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
 Болки в гърлото	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
 Кашлица	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
 Задух	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
 Загуба на обоняние	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
Друго, опишете:		

Моля отбележете, ако страдате от някое от посочените заболявания:

 Хронично белодробно заболяване	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
 Онкологично заболяване	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
 Сърдечно-съдово заболяване	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
 Диабет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не

 Ваксиниран ли сте? (преди не по-малко от 2 седмици)	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> не
--	-----------------------------	-----------------------------

- С настоящата декларация съм съгласен данните ми да бъдат предоставени на РЗИ в случай, че резултатът от изследването е положителен, с цел ограничаване на епидемията с COVID 19.

.....
Дата

.....
Подпис

Баркод на пробата