

Formulář pro provedení odběru (Vyplněné, prosím, odevzdejte pracovníkovi na odběrovém místě)	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Název a kód zdravotní pojišťovny	
Adresa bydliště	
Telefonní číslo pro sdělení výsledku příp. PCR testu	
E-mailová adresa pro sdělení výsledku příp. PCR testu	
Příznaky	<input type="checkbox"/> Kašel <input type="checkbox"/> Bolest svalů, kloubů, zimnice <input type="checkbox"/> Průjem, zvracení <input type="checkbox"/> Teplota <input type="checkbox"/> Ztráta čichu, chuti <input type="checkbox"/> Jiné:..... <input type="checkbox"/> Žádné
Výsledek testu vyplňuje lékař	<input type="checkbox"/> Pozitivní <input type="checkbox"/> Negativní

Formulář pro provedení odběru (Vyplněné, prosím, odevzdejte pracovníkovi na odběrovém místě)	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Název a kód zdravotní pojišťovny	
Adresa bydliště	
Telefonní číslo pro sdělení výsledku příp. PCR testu	
E-mailová adresa pro sdělení výsledku příp. PCR testu	
Příznaky	<input type="checkbox"/> Kašel <input type="checkbox"/> Bolest svalů, kloubů, zimnice <input type="checkbox"/> Průjem, zvracení <input type="checkbox"/> Teplota <input type="checkbox"/> Ztráta čichu, chuti <input type="checkbox"/> Jiné:..... <input type="checkbox"/> Žádné
Výsledek testu vyplňuje lékař	<input type="checkbox"/> Pozitivní <input type="checkbox"/> Negativní