

Žiadanka na vyšetrenie SARS-CoV-2 a respiračných vírusov

Rodné číslo/ID pacienta	Dátum narodenia	Pohlavie <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
Priezvisko	Meno	Titul
Email	Mobilné číslo	Samoplatca Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Trvalé bydlisko v SR alebo v cudzine (ulica a č.)	Mesto	PSČ Štát (z ktorého žiadateľ prichádza)
Miesto pobytu v SR (ulica a č.)/Názov karanténneho zariadenia	Mesto	PSČ
Zdravotná poisťovňa pacienta	ID hospitalizovaného prípadu	Diagnóza COVID-19 Potvrdená <input type="checkbox"/> U07.1 Podozrenie <input type="checkbox"/> U07.2
COVID Pass	Dátum vystavenia žiadanky	Dátum a čas odberu
Materiál: 01 Nazofaryngeálny výter <input type="checkbox"/> 02 Iný (špecifikuj):.....	Pečiatka a podpis lekára vykonávajúceho odber A kód P kód Tel./Email:	Výsledok pacient požaduje v jazyku 01 slovenskom <input type="checkbox"/> 02 anglickom <input type="checkbox"/> 03 nemeckom <input type="checkbox"/>
Požadované vyšetrenie: 01 SARS CoV2 RNA PCR <input type="checkbox"/> 02 Influenza/chrípka/A+B RNA PCR <input type="checkbox"/> 03 RSV RNA PCR <input type="checkbox"/>	Žiadateľ patrí do rizikovej skupiny: 01 DSS – klient <input type="checkbox"/> 02 DSS – personál <input type="checkbox"/> 03 Zdravotnícky pracovník <input type="checkbox"/> 04 Marginalizovaná rómska komunita <input type="checkbox"/> 05 Bezdomovec <input type="checkbox"/> 06 Sociálny pracovník <input type="checkbox"/> 07 Iné (popíšte).....	
Žiadateľ patrí do rizikovej skupiny: 01 DSS – klient <input type="checkbox"/> 02 DSS – personál <input type="checkbox"/> 03 Zdravotnícky pracovník <input type="checkbox"/> 04 Marginalizovaná rómska komunita <input type="checkbox"/> 05 Bezdomovec <input type="checkbox"/> 06 Sociálny pracovník <input type="checkbox"/> 07 Iné (popíšte).....		Dôvody vyšetrenia: 01 len klinické príznaky <input type="checkbox"/> 02 kontakt s COVID pozitívnou osobou <input type="checkbox"/> 03 štátna karanténa <input type="checkbox"/> 04 domáca karanténa po príchode zo zahraničia <input type="checkbox"/> 05 domáca karanténa (z iného dôvodu) <input type="checkbox"/> 06 preventívne vyšetrenie <input type="checkbox"/> 07 Iné (popíšte)..... <input type="checkbox"/>
Odporúčajúci lekár A kód P kód RÚVZ so sídlom:	Poznámka	