Медико-диагностична лаборатория "Бодимед-99" ООД
гр. София, ул. "Позитано" №24, Тел/Факс: 9866676, 9863864,9881736
http://www.bodimed.com

Пациент: ..... Баркод ID
име *презиме* *фамилия*

ЕГН: | | | | | | | | | | | възраст: г.

Адрес:..... тел: .....

Моля отбележете наличие на:

- ○ Температура
- ○ Кашлица
- ○ Болки/тежест в гръдната област
- ○ Задух
- ○ Болки в гърлото

Опишете други симптоми от страна на:

- ○ дихателната система, опишете: .....
- ○ стомашно-чревната система, опишете: .....

Моля отбележете, ако страдате от:

- ○ Диабет
- ○ Хронично белодробно заболяване
- ○ Онкологично заболяване
- ○ Сърдечно-съдово заболяване

Моля отбележете, ако:

- ○ Били в контакт с болен с доказан SARS CoV-2
- ○ Били в зона с разпространение на SARS CoV-2 в рамките на 14 дни. Къде: .....
- ○ **Тестът ще послужи за пътуване в чужбина**

☐ Тест за доказване на SARS CoV2 RT PCR	проба взета от:	дата:	час:
☐ Бърз тест за антигени CoV-2/Influenza A+B	проба взета от:	дата:	час:

С настоящата декларация съм съгласен данните ми да бъдат предоставени на отговорните власти, с цел ограничаване разпространението на инфекцията с COVID 19.

....
име *презиме* *фамилия* дата подпис