

Пациент:
име презиме фамилия

Баркод ID

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 сте:

- 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

<input type="checkbox"/> Тест за доказване на SARS CoV2 RT PCR	проба взета от:	дата:	час:
<input type="checkbox"/> Бърз тест за антигени CoV-2/Influenza A+B	проба взета от:	дата:	час:
<input type="checkbox"/> Тест за доказване на SARS CoV2 IgM/IgG	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