

Пациент/:.....

Patient

име/name

презиме/middle name

фамилия/ surname

Баркод ID

ЕГН/

ID :

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

Възраст/Age :

Date of birth:

Адрес/Address:.....Тел/Phone:.....

Моля, отбележете наличие на/Please note if you have:

- Температура/Fever
- Кашлица/Cough
- Болки/тежест в гръдната област/Chest pain
- Задух/ Dyspnea/Breathlessness
- Болки в гърлото/Sore throat

Опишете други симптоми от страна на/Describe other symptoms:

- дихателната система, опишете/Respiratory system, describe:
.....
- стомашно-чревната система, опишете/Gastrointestinal system, describe:
.....

Моля, отбележете ако страдате/Please note if you have:

- Диабет/Diabetes mellitus
- Хронично белодробно заболяване/Chronic lung disease
- Онкологично заболяване/Cancer
- Сърдечно-съдово заболяване/Cardiovascular disease

Моля отбележете, ако сте/Please note if:

- Били в контакт с болен с доказан SARS CoV-2/Have been in contact with SARS CoV-2 positive person
- Били в зона с разпространение на SARS CoV-2 в рамките на 14 дни/Have been in area affected with SARS CoV-2 in the past 14 days. Къде/Where:
- Тестът ще послужи за пътуване в чужбина/ The test will be used for travel abroad
- Ваксиниран/Vaccinated

 Тест за доказване на SARS CoV-2 RT PCR/Real Time PCR test проба взета от:

дата:

час:

 Бърз тест за антигени/Rapid antigen test

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/ I agree that my personal information can be used by health authorities and national and/or public security in order to limit the spread of the virus.

.....
име/name

презиме/middle name

фамилия/surname

дата/date

.....
подпис/signature