

SKIEROWANIE NA BADANIE SARS-CoV-2 ANTYGEN (SARS-CoV-2 ANTIGEN TEST REQUEST FORM)

WSZYSTKIE DANE SĄ OBOWIĄZKOWE (PLEASE FILL IN ALL MANDATORY FIELDS)

Druk należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami (fill the form in capital letters)

TU NAKLEJ KOD MATERIAŁU

NAZWISKO (LAST NAME)

MEŃCZYNA
(MAN)

KOBIETA
(WOMAN)

IMIĘ (NAME)

PESEL (PASSPORT NUMBER)

DATA URODZENIA (DATE OF BIRTH)

OBYWATELSTWO (NATIONALITY)

ADRES ZAMIESZKANIA/POBYTU ULICA, NUMER MIESZKANIA, NUMER DOMU (FULL REGISTERED ADDRESS IN POLAND)

MIEJSCOWOŚĆ (CITY)

KOD POCZTOWY
(ZIP CODE)

POWIAT

GMINA

WOJEWÓDZTWO

KRAJ (COUNTRY)

NUMER TELEFONU (PHONE NUMBER)

ADRES E-MAIL (E-MAIL ADDRESS)

WYPEŁNIA PERSONEL MEDYCZNY (TO BE COMPLETED BY MEDICAL STAFF)

PCR

ANTYGEN

WYMAZ Z NOSOGARDZIELI

WYMAZ Z NOSA

WYNIK W JĘZYKU ANGIELSKIM

DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU

DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ

DATA I GODZINA PRZYJĘCIA DO LABORATORIUM

.....

.....

.....