

Žádáme Vás o vyplnění následujících informací.

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:/.....

Adresa trvalého bydliště:

Zaškrtněte platné tvrzení:

Prohlašuji, že jsem v posledních 14 dnech necestoval do zahraničí.

Pokud ano, prosím uveďte kam: (doplňte).

V posledních 10 dnech jsem nebyl ve styku s osobou trpící příznaky virové infekce, osobou v karanténě/izolaci či s osobou s prokázanou infekcí covid_19.

V současnosti nejsem v karanténě/izolaci

Nemám projevy infekce, především: teplotu $> 37,3$ °C, kašel, nově vzniklou dušnost a/nebo průjem a/nebo ztrátu chuti a čichu.

Při pozitivním testu na nový koronavirus (ev. diagnóze onemocnění covid_19) v průběhu příštích 14 dnů budu informovat endoskopické pracoviště na:

tel. číslo:..... mailové adrese:.....

Prodělal jsem onemocnění covid_19.

Pozitivní test jsem měl (datum):.....

Jsem očkovan proti onemocnění covid_19

Očkování bylo ukončeno (datum):

.....

Datum

.....

Podpis pacienta