RESCUE-BH

**Test BIOSYNEX COVID-19 Ag BSS**

|  |
| --- |
| **Meno: Priezvisko:**  First Name: Surname: |
| **Dátum narodenia:**  Date of birth: |
| **ZP:**  Health card: |
| **Bydlisko:**  Residence: |
| **Dátum odberu: čas: kontakt:**  Date of collection. Time: contact: |

**Anamnéza: TT:**

Medical History:

**Vyšetrenie na vlastnú žiadosť**

Examination at own request

**Vyšetrenie pre športový klub x**

Medical screening for a sports club

|  |
| --- |
| **Antigén SARS-CoV-2 výter z nosohltanu negat: pozit:**  **Antigén SARS-CoV-2 swab with nasopharynx negative positive** |

**Odporučenie/Recommendations:**

Potrebné naďalej dodržiavať predpísané OOP. V prípade objavenia sa klinických príznakov kontaktujte svojho praktického lekára.

I tis necessary to continue to comply with the prescribed PPE. If you re experiencing any clinical symptoms, please contakt your general practitioner.

T.C.: doplniť/ add RT-PCR áno/yes nie/no

Klient: poučený/á porozumel/a

Patient understands the instructions.

...............................................................

MUDr. Richard Csabi podpis/signature