

Data, godzina i podpis osoby przyjmującej
zlecenie do MEDGEN:

Nr przyjęcia:

ZLECENIE WYKONANIA BADANIA GENETYCZNEGO SARS-CoV-2 METODĄ RT-PCR

INFORMACJE O PACJENCIE

Nazwisko i imię (drukowanymi literami):

Data urodzenia (dz/m/r):/...../.....

PESEL: _ _ _ _ _

Adres kontaktowy:

Telefon kontaktowy:

E-mail:

Informacje o pobranym materiale biologicznym

☐ Wymaz z nosogardzieli

☐ Wymaz z gardła

☐ Wymaz z nosa

☐ inne.....

Data i godzina pobrania próbki

(dz/m/r):/...../....., godzina:

Dane osoby pobierającej materiał do badań:

Czy u Pacjenta występują objawy choroby COVID-19 (gorączka, kaszel, duszność)?

NIE ☐

TAK ☐ Data wystąpienia objawów:

Czy pacjent miał kontakt z osobami z potwierdzonym
zakażeniem wirusem COVID-19?

TAK ☐

NIE ☐

NIE WIEM ☐

.....
data

.....
Podpis Pacjenta

UPOWAŻNIENIE

Ja,, o numerze PESEL:,
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego

Upoważniam do dostępu do informacji o stanie zdrowia:

Panią/Panatel:
imię i nazwisko

.....
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data

Upoważniam do dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej stanu zdrowia
oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych:

Panią/Panatel:

.....
imię i nazwisko

Nie upoważniam żadnej osoby do dostępu do informacji o stanie zdrowia oraz do dostępu do dokumentacji medycznej,
dotyczącej stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych.

.....
imię i nazwisko Pacjenta/opiekuna prawnego, data