**DOTAZNÍK K ANTIGENNÍM TESTŮM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| JMÉNO A  PŘÍJMENÍ: |  | | |
| RODNÉ ČÍSLO: |  | ZDRAVOTNÍ  POJIŠŤOVNA: |  |
| ADRESA BYDLIŠTĚ: |  | | |
| TELEFON: |  | E-MAIL: |  |
| POVOLÁNÍ: |  | | |
| PŘÍZNAKY: |  | | |
| DATUM PRVNÍCH PŘÍZNAKŮ: |  | NEJVYŠŠÍ TĚLESNÁ  TEPLOTA: |  |

Prohlašuji, že:

* u mé osoby uplynulo více než 90 dnů od prvního RT-PCR testu s pozitivním výsledkem
* jsem v posledních 3 dnech nepodstoupil test metodou RT-PCR s negativním výsledkem
* jsem v posledních 3 dnech neabsolvoval POC antigenní test s negativním výsledkem.

Datum: ……………………… Podpis:………………………………….

**Zpracování osobních dat**

Správce údajů: Nemocnice Milosrdných bratří, Zlínská 46, Vizovice 763 12, IČO: 44995776. Výše uvedené osobní údaje zpracováváme na základě zákona č. 258/2000 Sb. Zákon o ochraně veřejného zdraví a dalších mimořádných opatření za účelem provedení Antigenního testu, výkazu pro zdravotní pojišťovnu a informovaní příslušné hygienické stanice.