



**Regionálny úrad verejného zdravotníctva
so sídlom v Komárne
Mederčská 39**

945 01 Komárno

tel: +421 35 7702627, mobil: +421 911 205433

e-mail: nrcvibrio@uvzsr.sk, ruvzkn@uvzsr.sk

url: www.ruvzkn.sk

Žiadanka na vyšetrenie vzorky PCR SARS-CoV-2

Názov, kód lekára, kód PZS, adresa žiadateľa (Pečiatka poskytovateľa/žiadateľa)	
Tel./mail:	

Meno, priezvisko pacienta:	
Rodné číslo:	Poist'ovňa
Adresa pacienta (trvalé bydlisko)	
Adresa pobytu	
Mobilné telefónne číslo	
Diagnóza	Druh primárnej vzorky
Kategória pacienta (ak je vhodné, označte, prosím, X jednu alebo viac možností)	Osoba prišla zo zahraničia
	Reinfekcia SARS-CoV-2
	Ochorenie na COVID-19 po očkovaní (v odstupe 14 dní)
	Osoba s atypickým priebehom (napr. ťažký priebeh, mladšia osoba)
	Osoba ubytovaná v ubytovni
	Osoba s imunodeficitom hospitalizovaná s COVID-19
	Kontakt s africkým alebo brazílskym variantom
Dátum a čas odberu primárnej vzorky:	
Dátum odoslania:	

Očkovanie proti SARS-CoV-2 áno/nie	Názov vakcíny:
---------------------------------------	----------------

Pečiatka, podpis žiadateľa:

.....

Dátum a čas prijmu do laboratória:	
Laboratórne číslo vzorky	