



UNIVERZITA KARLOVA  
I. lékařská fakulta

## Žádanka o provedení testu na přítomnost SARS-CoV-2 metodou RT-qPCR SARS-CoV-2 Laboratory Testing Request Form

**Odběrová ambulance** na Klinice pracovního lékařství VFN (Na Bojišti 1, Praha 2, 1. patro) je přístupná ze dvora Kliniky, který se nachází vpravo od vstupu do Kliniky.

**Sample collection room** of the Department of Occupational Medicine VFN (Na Bojišti 1, Prague 2, 2nd floor) is accessible from the courtyard located on the right from the Clinic main entrance.

Jméno a příjmení/Forename and Surname

Rodné číslo/Longterm residence Nr

Datum narození/Date of Birth

Telefonní číslo/Phone Nr. in CZ

E-mail

Adresa/Address in CZ

PSČ/Postcode

Místo narození/Place of Birth

Univerzitní číslo/University number (ISIC, ITIC, číslo zaměstnance)

Fakulta/Faculty (např. 1. LF, MFF, FF, ...)

Příbuzný/Relative

Potřebuji podepsané lékařské potvrzení/I need signed medical report: ANO (YES) / NE (NO)

Podpis/Signature

### Additional information from foreigners (vyplní jen cizinci):

Health Insurance Number in CZ/Číslo pojištění

Address abroad

Nationality

### Vyplní personál odběrového centra/To be filled out by laboratory staff:

Datum odběru: ..... Doklad o zaplacení: .....

Odběr:                      první                       opakovaný

Materiál:              výtěr z nosohltanu               výtěr z krku

Poznámka: .....

Podpisem formuláře souhlasíte se zpracováním Vašich osobních údajů pro účely SARS-CoV-2 testování.  
By signing of the formular you give consent to personal data processing for the purpose of SARS-CoV-2 testing.

Ústav imunologie a mikrobiologie 1.LF UK a VFN, Studničkova 7, 128 00 Praha 2

<http://uim.lf1.cuni.cz/>