

ANTIGENNÍ TESTOVÁNÍ

ZDARMA



HLINSKO

Multifunkční centrum
Adámkova třída 341

Středa

vždy od 8:00 do 12:00

Neděle

vždy od 14:00 do 18:00

SAF

SAFETY AND RESCUE SERVICES



+420 777 789 999



safres@safres.cz

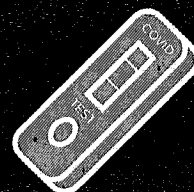
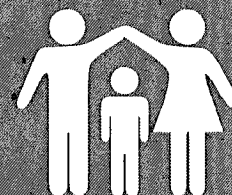


VÝTĚR Z ÚST

Výtěr z tváří a jazyka je zcela bez bolesti a nepříjemných pocitů. Proto je vhodný i pro citlivé osoby a děti. Výsledek testu do 20 minut.

TESTOVÁNÍ DĚTÍ

S potvrzením o absolvování testu z úst nemusí školáci a studenti absolvovat povinné testování z nosu ve školách.



OKAMŽITÝ PCR TEST

V případě pozitivního antigenního testu zajistíme okamžitý odběr vzorku na PCR test. Odpadá proto nutnost cesty do nemocnice a zkracuje se doba pro získání výsledku.

DŮLEŽITÉ INFORMACE

Testujeme bez objednávání po předložení karty zdravotního pojištění jednou za 3 dny a nejméně 90 dní od pozitivního testu.

Potvrzení je platné v zaměstnání i všude tam, kde je vyžadováno nařízením vlády.



DÁREK

Respirátor pro každého
otestovaného zdarma!

POTVRZENÍ O ABSOLVOVÁNÍ TESTU NA PRŮKAZ PŘÍTOMNOSTI AG SARS-COV-2

POTVRZUJI, ŽE

příjmení _____

jméno _____

datum narození _____

byl/a testován/a na místě antigenního odběrového centra na přítomnost antigenu viru SARS-Cov-2 pomocí antigenního testu (POC rapid test, laboratorní test).

výsledek

NEGATIVNÍ

POZITIVNÍ

Testovanému byl sdělen výsledek testu a byl poučen o dalším postupu. Testování na přítomnost antigenu viru SARS-Cov-2 prostřednictvím antigenního testu je prováděno na základě mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví ČR. Negativní výsledek nevylučuje možnost, že jedinec je infekční, anebo že se stane infekčním v blízkém časovém odstupu od vyšetření.

v _____

dne _____

_____ podpis a razítko odběrového místa

* Toto potvrzení se vystavuje jako doklad o provedení testu.

Souhlas s provedením antigenního testu na COVID-19

Byl jsem v posledních 90 dnech **pozitivně** testován: ANO – NE

Byl jsem v posledních 3 dnech již testován: ANO – NE

Příznaky COVID 19 (zakroužkujte):

BEZ PŘÍZNAKŮ KAŠEL BOLEST SVALŮ/KLOUBŮ/ZIMNICE

PRŮJEM/ZVRACENÍ TEPLOTA ZTRÁTA CHUTI A ČICHU

JINÉ: _____

Svým podpisem potvrzuji souhlas s provedením antigenního testu na COVID-19 výtěrem z úst, nosu nebo nosohltanu.

Jméno:

Příjmení:

Datum provedení testu:

Číslo pojištění:

Zdravotní pojišťovna:

Telefon:

Datum narození:

Místo pro test

Státní příslušnost:

Místo pobytu - město:

Místo pobytu - PSČ:

_____ podpis testovaného / zákonného zástupce

Objednatel:

===== Vyplní pracovník mobilního testovacího týmu:

Výsledek: NEGATIVNÍ – POZITIVNÍ

Indikace PCR: ANO - NE