

Prosím vyplňte údaje, které se týkají Vaší osoby



COVID-19

Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kód centra	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kód oddělení	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Číslo pacienta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

1. Jste dnes COVID-19 pozitivní?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím

2. Byli jste v posledním testu COVID-19 pozitivní:

- ☐ 0-3 měsíce ☐ 3-6 měsíce ☐ 6-12 měsíců ☐ > 1 rok? ☐ Nikdy

3. byli jste během infekce COVID-19 hospitalizováni?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ Nevím

DĚKUJEME!