

SKIEROWANIE NA BADANIE COVID-19

REFERRAL FOR THE COVID-19 TEST

FORMULARZ F-422

NUMER WYDANIA: 01

DATA WYDANIA: 01.04.2020

BADANIE NFZ - NUMER ZLECENIA EWP (8 CYFR)
NFZ EXAMINATION - EWP ORDER NUMBER (8 DIGITS)

1 - ____ - ____ - ____ - ____

BADANIE KOMERCYJNE - KOD POTWIERDZENIA REZERWACJI
COMMERCIAL TEST - BOOKING CONFIRMATION TEST

Imię (Name)

Nazwisko (Surname)

PESEL /nr dowodu/nr paszportu (PESEL/ ID number/passport number)

Obywatelstwo (Citizenship)

Data urodzenia (Date of birth) Płeć (Gender) K M

Adres zamieszkania na terenie Polski (Address in Poland)
Miejsce odbywania ewentualnej kwarantanny (Place of possible quarantine)

Numer telefonu (Phone number)

E-mail

Kod materiału

Data zlecenia

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium

Dane jednostki zlecającej

Pieczętka i podpis lekarza zlecającego

ZLECENIE BADANIA (TEST ORDER)

Wykrywanie materiału genetycznego SARS-CoV-2 (COVID-19)
(Detection of SARS-CoV-2 (COVID-19) genetic material)

POWÓD WYKONANIA BADANIA (REASON FOR TESTING)

Skierowanie POZ (Primary Health Care referral) Sanatorium (Sanatorium) Kwarantanna (Quarantine) Rehabilitacja lecznicza (KRUS) (Therapeutic rehabilitation) Badanie komercyjne - prywatne (Commercial test-private)

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY

(DECLARATION OF INFORMED CONSENT)

Niniejszym wyrażam zgodę na pobranie ode mnie/od mojego dziecka/ od mojego podopiecznego materiału biologicznego w celu izolacji kwasów nukleinowych i wykonania molekularnych badań diagnostycznych. Wyrażam zgodę na wykorzystanie do badań wyizolowanego z mojej próbki wirusowego RNA.

(I hereby consent to the collection of the biological material from me / my child / from my ward in order to isolate nucleic acids and perform molecular diagnostic tests. I consent to use of an isolated from my sample viral RNA for examination.)

Miejscowość, data
(City, date)

Czytelny podpis pacjenta / rodzica dziecka / opiekuna prawnego wyrażającego zgodę na wykonanie badań genetycznych
(Legible signature of the patient / child's parent /legal guardian consenting to the genetic tests)

Rodzaj materiału wymaz z nosogardzieli wymaz z gardła i nosa inny:

Data pobrania materiału Osoba pobierająca materiał

Godzina pobrania materiału Numer telefonu zlecającego

Istotne dane kliniczne Pacjenta



KOD POTWIERDZENIA REZERWACJI (Booking confirmation test)

2 - ____ - ____ - ____ - ____

Imię
(Name)Nazwisko
(Surname)PESEL /nr dowodu/nr paszportu
(PESEL/ ID number/passport number)Obywatelstwo
(Citizenship)Data urodzenia
(Date of birth)Płeć
(Gender) K MAdres zamieszkania
na terenie Polski
(Address in Poland)Miejsce odbywania ewentualnej kwarantanny
(Place of possible quarantine)Numer telefonu
(Phone number)

E-mail

Kod materiału

Rodzaj materiału wymaz z nosogardzieli

Data pobrania materiału

Godzina pobrania materiału

Istotne informacje

ZAŚWIADCZENIE W JĘZYKU OBCYM (Certificate in a foreign language)

 język angielski
(English) język niemiecki
(German) język czeski
(Czech) język ukraiński
(Ukrainian)

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY

(DECLARATION OF INFORMED CONSENT)

Niniejszym wyrażam zgodę na pobranie ode mnie/od mojego dziecka/ od mojego podopiecznego materiału biologicznego w celu wykonania testu antygenowego.
(I hereby consent to the collection of the biological material from me / my child / from my ward in order to perform an antigen test.)Miejscowość, data
(City, date)Czytelny podpis pacjenta / rodzica dziecka / opiekuna prawnego
(Legible signature of the patient / child's parent /legal guardian)