

**ANKIETA COVID DLA PACJENTA
UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

NAZWISKO I IMIĘ:

DATA URODZENIA: PESEL:

ADRES ULICA: NUMER DOMU:

KOD POCZTOWY: MIEJSCOWOŚĆ:

TELEFON: ADRES e-mail:

--	--	--	--	--	--	--	--

NUMER ZLECENIA :

BADANIE PRYWATNE

SZYBKI TEST ANTYGENOWY

PCR

DANE DO FAKTURY:

.....

*JEŻELI POTRZEBUJE PAN/PANI ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE W JĘZYKU OBCYM PROSIMY O UZUPEŁNIENIE
DANYCH PONIŻEJ (**DOTYCZY BADAŃ PRYWATNYCH PCR**):*

JĘZYK ZAŚWIADCZENIA:

ANGIELSKI

NIEMIECKI

MIEJSCE URODZENIA :

SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO/NUMER PASZPORTU.....

KRAJ WYJAZDU :

.....
DATA I PODPIS PACJENTA