

ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΕΣΤ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ COVID-19

Ημερομηνία Δειγματοληψίας/...../.....

ΑΡ. ΤΑΞΗΣ:

Όνομα	
Επώνυμο	
Πατρώνυμο	
Φύλο	
Ημερομηνία Γέννησης	
Διεύθυνση Κατοικίας	
Τηλέφωνο Κινητό	
Α.Δ.Τ. ή Αρ. Διαβ.	
Α.Μ.Κ.Α.	
e-mail (όχι σε μαζική δειγματοληψία)	
Στενή Επαφή με Επιβεβαιωμένο Κρούσμα τις τελευταίες 14 ημ	Ναι ☐ Όχι ☐ Περιγράψτε.....
Ταξίδια τις τελευταίες 14 ημ	Ναι ☐ Όχι ☐ Περιγράψτε.....
Συμπτώματα	Πυρετός ☐ Βήχας ☐ Δύσπνοια ☐ Ανοσμία ☐ Διάρροια ☐ Άλλο ☐ Περιγράψτε.....ΟΧΙ.....
Έχετε κάνει ξανά αντίστοιχο τεστ;	Ναι ☐ Όχι ☐ Αν ναι τότε; Αποτέλεσμα προηγούμενου τεστ: Θετικό ☐ Αρνητικό ☐

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα, σας δηλώνω, ότι συναινώ να προβεί η Cosmoclinic σε επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων για την παροχή προς εμένα υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τους όρους της Πολιτικής που τηρεί σχετικά με την Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Ασθενούς.

Μόνο για εταιρικά δείγματα: Επίσης, συναινώ το αποτέλεσμα του τεστ ανίχνευσης κορωνοϊού στο οποίο υποβλήθηκα να αποσταλούν από την Cosmoclinic στην έδρα της εταιρείας μου ή ηλεκτρονικά και να ενημερωθούν για την πορεία της υγείας μου: η εταιρεία μου, ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής μου και η ασφαλιστική μου εταιρεία.

Υπογραφή εξεταζομένου

ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΟΣ ☐ **SARMED** ☐ **ISS** ☐ **ΑΛΛΟ** ☐

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ COSMOCLINIC

Απλό PCR		Απλό PCR με διαπίστευση		Θάλαμος Νοσηλείας		BOX	
Επείγον PCR				Εταιρεία/Πλοίο		Κατ'οίκον	
Ταχυτέστ Αντιγόνου		Θετικό ☐		Αρνητικό ☐			

Υπογραφή Νοσηλευτή Δειγματοληψίας