Meno:

Rodné číslo:

Telefónne číslo:

===========================================================================

1. Dôvod PCR/antigénového vyšetrenia:
	1. Príznaky (prosím konkretizujte):
		* Zvýšená teplota
		* Kašeľ
		* Slabosť
		* Nádcha
	2. Kontakt s pozitívnym
	3. Iné:

2. Užívate dlhodobo inhibítory protónovej pumpy? (lieky na ovplyvnenie kyseliny v žalúdku, ako napríklad Helicid, Nolpaza, Pantomyl, Lanzul a podobne)

Áno Nie

3. Sú u Vás prítomné dlhodobo nasledovné príznaky?

* 1. Nemám žiadne dlhodobé ťažkosti s trávením
	2. Hnačka
	3. Zápcha
	4. Bolesti brucha
	5. Nafukovanie
	6. Pocity na zvracanie
	7. Pálenie záhy
	8. Iné (súvisiace s trávením):

4. Zhoršili sa u Vás niektoré z hore uvedených príznakov v priebehu uplynulých 3-5 dní?

Áno Nie

5. Objavili sa u Vás niektoré z uvedených príznakov v priebehu uplynulých 3-5 dní?

* 1. Hnačka
	2. Zápcha
	3. Bolesti brucha
	4. Nafukovanie
	5. Pocity na zvracanie
	6. Pálenie záhy
	7. Iné (súvisiace s trávením):

Poznámka alebo ľubovoľné, upresňujúce informácie: