

### Žádanka testu COVID-19

Název odběrového místa	Městská nemocnice, a.s.
Datum	<input type="text"/>

<b>Informace o pacientovi</b>	
Jméno	<input type="text"/>
Příjmení	<input type="text"/>
Číslo pojištěnce / rodné číslo	<input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>
Státní příslušnost	<input type="text"/>
Zdravotní pojišťovna	<input type="text"/>

<b>Údaje o pobytu</b>	
Ulice a č.p.	<input type="text"/>
PSC	<input type="text"/>
Město	<input type="text"/>

<b>Kontaktní údaje</b>	
Kontaktní telefon	<input type="text"/>
Kontaktní e-mail	<input type="text"/>

<b>Vyšetření</b>	
Typ testu	<input type="text"/>
Kontrolní vyšetření	<input type="text"/>

<b>Žádající zařízení</b>	
IČO	<input type="text"/>
PČZ	<input type="text"/>
Název	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
IČP	<input type="text"/>