

NAZIV ZDRAVSTVENE USTANOVE

Adresa zdravstvene ustanove

Kontakt telefon

Kontakt elektroničke pošte

| | |
|--|---|
| TESTIRANJE NA SARS-COV-2 (SARS-COV-2 testing) | |
| DATUM I VRIJEME TESTIRANJA: _____ | |
| IME I PREZIME PACIJENTA: _____ | |
| Pretraga: | Rezultat: |
| Bris nazofarinksa za brzi antigenski test na prisustvo SARS-CoV 2 virusa. | 1. POZITIVAN 2. NEGATIVAN |

Potpis odgovorne osobe i pečat ljekarne