



RĪGAS 40.VIDUSSKOLA (TĒRBATAS 15/17)

Skola:

Pacienta vārds:

Pacienta uzvārds:

Pacienta dzimums:

☐

vīrietis

☐

sieviete

Pacienta dzimšanas datums:

diena

mēnesis

gads

Pacienta personas kods:

-

Pacienta (aizbildņa) mob.tālr.:

Uz mob.tālruni tiks nosūtīta parole
atbildes atvēršanai

tālr.numurs

E-pasta adrese atbildes saņemšanai:

Lūdzu, rakstīt drukātiem burtiem.

Materiāla veids:

siekalas

Materiāla savākšanas laiks:

diena

mēnesis

gads

:

laiks

Simptomi

(kāds vai vairāki no: paaugstināta temperatūra, klepus, galvassāpes, apgrūtināta elpošana, kakla sāpes):

☐

JĀ

☐

NĒ

Ārvalstu apmeklējums pēdējo
14 dienu laikā:

* ja ir bijis

Apmeklētā valsts:

Atgriešanās datums:

diena

mēnesis

gads

Vai ir bijis kontaktā ar zināmu
Covid-19 pacientu:☐

NAV

☐

IR

Pacients vai persona, kas aizpilda veidlapu, apliecina, ka pievienoto analīžu materiālu ir personīgi nodevis veidlapas augšpusē minētais pacients:

Vārds:

Uzvārds:

paraksts

diena

mēnesis

gads