

ZAPIS NA TEST ANTYGENOWY

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Telefon _____ - _____ - _____

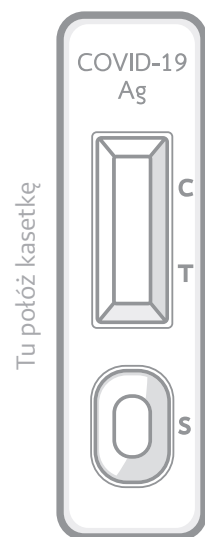
Dzień ____ / ____ / ____

Godzina ____ : ____

WYNIK

Godzina badania ____ : ____

Godzina odczytu ____ : ____



- ☐ POZYTYWNY
- ☐ NEGATYWNY
- ☐ NIEDIAGNOSTYCZNY
- ☐ NIEROZSTRZYGAJĄCY

☐ Wpisano do gabinet.gov.pl

Podpis _____

ZAPIS NA TEST ANTYGENOWY

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Telefon _____ - _____ - _____

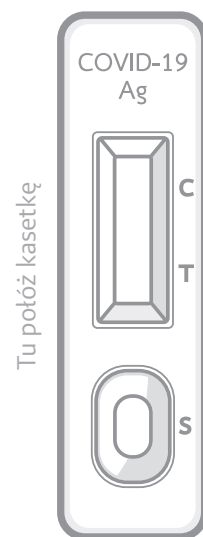
Dzień ____ / ____ / ____

Godzina ____ : ____

WYNIK

Godzina badania ____ : ____

Godzina odczytu ____ : ____



- ☐ POZYTYWNY
- ☐ NEGATYWNY
- ☐ NIEDIAGNOSTYCZNY
- ☐ NIEROZSTRZYGAJĄCY

☐ Wpisano do gabinet.gov.pl

Podpis _____

ZAPIS NA TEST ANTYGENOWY

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Telefon _____ - _____ - _____

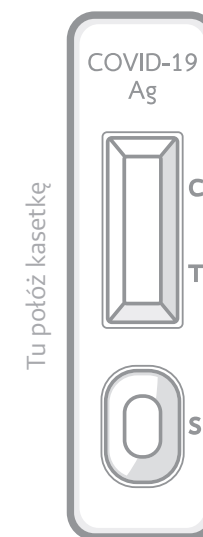
Dzień ____ / ____ / ____

Godzina ____ : ____

WYNIK

Godzina badania ____ : ____

Godzina odczytu ____ : ____



- ☐ POZYTYWNY
- ☐ NEGATYWNY
- ☐ NIEDIAGNOSTYCZNY
- ☐ NIEROZSTRZYGAJĄCY

☐ Wpisano do gabinet.gov.pl

Podpis _____