

## POTVRDENIE LEKÁRA O BEZINFEKČNOSTI

MENO A PRIEZVISKO:.....

RODNÉ ČÍSLO:.....ČÍSLO POISŤOVNE:.....

TRVALE BYTOM:.....

Týmto potvrdzujem, že menovaný/á v súvislosti s rizikom šírenia nákazy vírusom COVID-19:

- **nie je** v neukončenej povinnej karanténe
- **nebol/a** v kontakte s osobami s potvrdeným, alebo pravdepodobným ochorením COVID- 19.
- **nemá** kašeľ, dýchavicu, TT vyššiu ako 37,5°C, hnačku
- **nemá** príznaky žiadneho iného infekčného, alebo vírusového ochorenia
- **U každého novoprijatého klienta vyžadujeme priložiť potvrdenie o odobratom PCR teste na infekčné respiračné ochorenie COVID-19 s negatívnym výsledkom, nie staršie ako 3 dni.**

V.....,dňa.....

.....

podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára