



Фамилия:

Имя:

Отчество:

Дата рождения:

Дата взятия:

Пол: М Ж

17.9

Фамилия, Имя, Отчество пациента указывается полностью. Все поля бланка обязательны для заполнения. В случае непредоставления части данных, в тестировании будет отказано!

Субъект РФ, в котором производился отбор биоматериала

Паспортные данные:

Серия Номер Кем выдан

Код подразделения Дата выдачи Тип документа Номер полиса ОМС

Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС)

Адрес регистрации пациента. Страна Республика, край, область, автономный округ

Район Город, поселок

Улица Дом Корп./Стр. Кв.

Адрес фактического проживания совпадает с адресом регистрации Да Нет

Город фактического проживания: Москва Другой

Адрес фактического проживания (указать в случае отличия от Адреса регистрации пациента)

Страна Республика, край, область, автономный округ

Район Город, поселок

Улица Дом Корп./Стр. Кв.

Загран паспорт гражданина РФ:

Серия Номер Кем выдан Дата выдачи Дата окончания срока действия

Вид на жительство. Страна Республика, край, область, автономный округ

Район Город, поселок

Улица Дом Корп./Стр. Кв.

Место работы/учебы пациента (подчеркнуть нужное) Должность пациента

Адрес работы/учебы пациента (подчеркнуть нужное) Мобильный телефон пациента

Паспорт иностранного гражданина.

Страна Серия Номер Дата выдачи

Свидетельство о рождении (для несовершеннолетних)

Серия Номер Кем выдан Дата выдачи

Наличие контакта с больными

ОРЗ/ОРВИ Да Нет Дата контакта ФИО контактного больного

Контингент COVID19":

Медработники Педагоги Студенты ВУЗов Дети Спортсмены Торговля Промышленность Иное

Прививка 1 компонент

Дата Название

Прививка 2 компонент

Дата Название

Прививка грипп

Дата Название