

Antigen (Ag) gyorseszteszt igazolólap / Ag test result form

Beteg neve/*Patient's name*:

Anyja neve/*Mother's name*

Lakcíme/*Adress* :

TAJ száma/*ID number*:

Tesztelés dátuma/*Test's date*:

Igazolom, hogy a páciens COVID-19 S-Antigen (Ag) tesztelésen megjelent./
I certify that the patient attended the COVID-19 Ag examination.

Teszt típusa / *type of test*: Clungene Rapid Test

Regisztrációs száma/*Registration number*: DE/CA05/IvD-238321-1547-00

A teszt eredménye/*result*:

pozitív/*positive*

negatív/*negativ*

érvénytelen/*invalid*:

Kelt/*Date*:

.....
Beteg aláírás / *patient's signature*

.....
Tesztelő aláírása/ *examiner's signature*

Az igazolás pecsét és aláírás nélkül is érvényes. / *The certificate is valid without stamp and signature.*

ERGO-Ambulance Kft
1196 Budapest, Batthyány utca 182.
e-mail: ergoambulance@gmail.com
tel.: 06-30-351-8109