

# Potvrdenie o prekonaní ochorenia COVID- 19

Meno:

Priezvisko:

Dátum narodenia:

Menovaný/á preukázateľne prekonal/a ochorenie COVID-19 potvrdené<sup>(1)</sup>:

pozitívnym RT-PCR

antigénovým testom

protilátkami proti COVID-19

za posledných 180 dní a vzťahuje sa na neho/na ňu výnimka z povinnosti ďalšieho testovania a dodržiavania karanténnych opatrení na toto ochorenie

od..... do .....,

pokiaľ sa nevyskytnú nové príznaky ochorenia COVID-19.

<sup>(1)</sup> označte spôsob potvrdenia ochorenia

V.....

Dňa: .....

.....

pečiatka a podpis

príslušného lekára

Poznámka:

Za moment prekonania ochorenia COVID-19 sa rozumie deň nasledujúci po dni ukončenia izolácie alebo v prípade vykonania dôkazu protilátok triedy IgG protilátkovým testom, dátum odberu krvi na účel stanovenia protilátok.