

Príloha č. 2
k vyhláške Úradu verejného zdravotníctva
Slovenskej republiky č. 64/2021 V. v. SR

Vzor
Potvrdenie o prekonaní ochorenia COVID 19

Meno:
Priezvisko:
Dátum narodenia:

Menovaná/ý preukázateľne prekonal ochorenie COVID-19 potvrdené⁽¹⁾:

- a) pozitívnym RT-PCR
- b) antigénovým testom
- c) protilátkami proti Covid-19

za posledné 3 mesiace a vzťahuje sa na neho výnimka z povinnosti ďalšieho testovania a dodržiavania karanténnych opatrení na toto ochorenie

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

pokiaľ sa nevyskytnú nové príznaky ochorenia COVID-19.

⁽¹⁾ označte spôsob potvrdenia ochorenia

V

Dňa:

.....
pečiatka a podpis lekára VLD/VLDD

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.