

Príloha č. 3
k vyhláške Úradu verejného zdravotníctva
Slovenskej republiky č. 64/2021 V. v. SR

Potvrdenie o vykonaní testu

Meno, priezvisko, titul

Bydlisko

Dátum narodenia

Výsledok pozitív / positive negatívny / negative *

(*) Nehodiace sa prečiarknite

V, dňa

.....
**podpis a pečiatka
oprávnejenej osoby**

Poučenie pre osoby s pozitívnym výsledkom vyšetrenia a osoby žijúce s nimi v spoločnej domácnosti:

Počas obdobia 14 dní od vyšetrenia s pozitívnym výsledkom vyšetrenia na COVID-19 osoba dodržiava:

- a) izoláciu v domácom alebo inom vhodnom ubytovaní, opatrenia zamerané na obmedzenie fyzického kontaktu, vrátane neprijímania cudzej osoby v obydlí, resp. objekte určenom na izoláciu,
- b) zákaz stretávania sa s inými osobami okrem osôb v spoločnej domácnosti, zákaz cestovania,
- c) v karanténe sú súčasne všetky úzke kontakty s pozitívnym na COVID-19, najmä osoby žijúce v spoločnej domácnosti,
- d) o výsledku testu informujte svojho všeobecného lekára (v prípade dieťaťa a všeobecného lekára pre deti a dorast) telefonicky, mailom, SMS a pod.,
- e) denné sledovanie vlastných príznakov typických pre ochorenie COVID-19 (aspöň jedného z príznakov: kašeľ, dýchavičnosť, horúčka, strata chuti alebo čuchu),
- f) denné meranie a zaznamenávanie teploty,
- g) prísnu hygienu rúk a nosenie rúšok,
- h) všetky opatrenia špecifikované na <https://korona.gov.sk/> časť „Čo mám robiť, keď som Covid 19 pozit“ a „Čo mám robiť, keď som bol v úzkom kontakte s Covid 19 pozit osobou“.

V prípade objavenia sa niektorého z vyššie uvedených príznakov (kašeľ, bolesť hrdla, dýchavičnosť, horúčka) je potrebné telefonicky kontaktovať svojho ošetrovujúceho lekára alebo územne príslušný regionálny úrad verejného zdravotníctva a následne sa riadiť ich pokynmi.

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) protílátkami 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 protílátok triedy IgG protílátkovým testom, dátum odberu krvi na účel stanovenia protílátok.

Príloha č. 1
k vyhláške Úradu verejného zdravotníctva
Slovenskej republiky č. 64/2021 V. v. SR

**Potvrdenie pre cezhraničných pracovníkov o výkone zamestnania
alebo iného obdobného pracovného vzťahu**

(Bestätigung über Arbeitsausübung, oder ein anderes ähnliches Arbeitsverhältnis)
(Munkáltatói igazolás határon ingázók részére, vagy más hosonló munkaviszony)

(Certificate for the performance of employment for cross - border workers, or other similar employment relationship)
(Zaświadczenie o wykonywaniu pracy przez pracowników zagranicznych, lub inny podobny stosunek pracy)

Potvrdzuje sa, že osoba

(Es wird bestätigt, dass)

(Igazolom, hogy a lent említett személy)

(Hereby confirms, that)

(Zaświadczenie się, że)

Meno a Priezvisko:

(Vor –und Nachname)

(Utó- és vezetéknév)

(Name and Surname)

(Imię i nazwisko)

Rok narodenia:

(Geburtsjahr)

(Születési dátum)

(Year of Birth)

(Rok urodzenia)

Názov spoločnosti/úradu/orgánizácie:

(Name der Firma/des Amtes/der Organisation)

(Foglalkoztatóni társaság/hivatal/szervezet)

(Name of Company/Authority/Organization)

(Nazwa firmy/urzędu/jednostki)

Adresa miesta výkonu práce:

(Adresse der Arbeitsausübung)

(Munkavégzés helye, címe)

(Address of workplace)

(Adres miejsca wykonywania pracy)

Cestne vyhlasujem:

Všetky údaje som uviedol pravdivo a nič som úmyselne nezamľčal.

Miesto výkonu práce sa nachádza na území susedného štátu, alebo na území krajiny uvedenej v platnom opatrení Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky a môj pracovnoprávny vzťah trvá aj v súčasnosti.

Hiermit erkläre ich:

Ich habe alle Daten wahrheitsgemäß angegeben und nichts absichtlich verborgen.

Der Arbeitsort befindet sich im Gebiet eines Nachbarstaates oder im Gebiet des in der geltenden Maßnahme angegebenen Landes und mein Arbeitsverhältnis dauert zur Zeit.

Nyilatkozom:

Az összes megadott adat megfelel a valóságnak és szándékosan nem hallgattam el semmit.

A munkavégzésem helye a szomszédos állam területén található, vagy azon országok területén, amelyek a Közegészségügyi Hivatal által kiadott érvényes rendelkezésében vannak feltüntetve, és az én munkáltatói jogviszonyom jelen időben is fennáll.

I declare:

All given data are correct and I did not intentionally concealed anything.

The place of work is located in the territory of a neighboring state, or in the territory of the country specified in the current measure of the Public Health Authority my employment relationship continues to this day.

Oświadczenie, co następuje:

Wszystkie dane powyżej są prawdziwe, niczego świadomie nie przemilczalem/am.

Miejsce wykonywania pracy znajduje się na terenie sąsiadniego państwa lub na terenie kraju wskazanego w obowiązującym zarządzeniu Urzędu Zdrowia Publicznego trwa obecnie nawiązany przeze mnie stosunek pracy.

Podpis:

Unterschrift: Aláírás: Signature: Podpis pracownika:

V (in) – (kelt) (W) dňa (am) (dnia) – (dátum) (data).....

pečiatka a podpis

(Stempel und Unterschrift des Arbeitsgebers)

(Munkáltatói bélyegző és aláírás)

(Stamp and Signature)