

Príloha č. 1
k vyhláške Úradu verejného zdravotníctva
Slovenskej republiky č. 42/2020 V. v. SR

Vzor
Potvrdenie o prekonaní ochorenia COVID 19

Meno:
Priezvisko:
Dátum narodenia:

Menovaná/ý preukázateľne prekonal ochorenie COVID-19 potvrdené⁽¹⁾:
☐ pozitívnym RT-PCR
☐ pozitívnym antigénovým testom
☐ dôkazom protilátok triedy IgG 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.