



7 December 2021

COVID-19 Test Registration Instructions

In the case that any student encounters a COVID-19 positive individual OR is exhibiting any classic symptoms of a SARS-CoV-2 infection, students are expected to quarantine ***until the receipt of a negative COVID-19 test result.***

As such, they should register for a RT-PCR COVID-19 test at the University's Drive Thru point:
<http://uczelnia.ump.edu.pl/covid/>

The University Laboratory is open between 08:00-20:00

An appointment can be secured by one of two ways:

- 1) a referral issued by their primary care physician
- 2) by independent referral via questionnaire completion at this link:

<https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/zarejestruj-sie-online-na-test-na-covid-19>

Registration instructions via this route are included in this document

Following test administration:

Students are obligated to quarantine from the moment of symptom presentation until receiving a negative test result; only when a negative test result is obtained may quarantine restrictions be lifted.

In the case of a confirmed SARS- CoV-2 infection, affected students must immediately inform covid@ump.edu.pl of their status and copy their class coordinator, supplying a list of potential "close contacts" they may have had in the days before presenting symptoms. Additionally, they should begin an obligatory ten day quarantine; in case a quarantine is imposed, healthy students are obliged to participate in remote classes and to work with course coordinators to make up for excused absences as a result of infection/quarantine.

Non-observance of epidemiological rules may result in the inability to continue classes.



Jak działa usługa

1. Wchodzisz na [stronę z formularzem](#)
2. Wybierasz sytuację, z powodu której chcesz wykonać test.
3. Odpowiadasz na zadane pytania.
4. Dalsze postępowanie zależy od wybranej sytuacji. System sprawdza, czy kwalifikujesz się na test Ty lub dziecko, jeśli podejrzewasz koronawirusa.

Koronawirus: informacje i zalecenia


[Ważne informacje](#) [Aktualne zasady](#) [Aktualności](#) [Pytania i odpowiedzi](#) [Kontakt](#) [PL](#)

[Strona główna](#) > [Zapisz się na test na koronawirusa](#)

Zapisz się na test na koronawirusa

Chcę zapisać siebie lub dziecko na test, bo podejrzewam koronawirusa

Jeśli podejrzewasz, że masz koronawirusa lub że Twoje dziecko go ma, wypełnij prosty formularz kwalifikacyjny.

I want to register for a COVID test 

Chcę zapisać siebie (osoba dorosła)



Chcę zapisać dziecko

Zapisz się na test na koronawirusa (SARS-CoV-2)

Teraz możesz zapisać się na test przez Internet. Jeżeli podejrzewasz, że masz koronawirusa, wypełnij prosty formularz kwalifikacyjny.

Jeśli zakwalifikujesz się na test, umów się na wyjazd przez formularz internetowy lub zamów rozmowę z konsultantem.

Fill out the form

WYPEŁNIJ FORMULARZ

PRZEZ INTERNET

TELEFONICZNIE

Formularz kwalifikacji i zapisu na test w kierunku SARS-CoV-2



Bliski kontakt

Did you have physical contact with someone who is infected with COVID-19?

Czy miałeś bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2? *

Tak Nie

DALEJ

Formularz kwalifikacji i zapisu na test w kierunku SARS-CoV-2



Choroby współistniejące i grupa ryzyka

Zaznacz odpowiedzi, które Cię dotyczą *

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nowotwór | Cancer or tumor |
| <input type="checkbox"/> Choroby lub leki, które osłabiają system odporności | Immunosuppression (disease or medication-induced) |
| <input type="checkbox"/> Otyłość | Obesity |
| <input type="checkbox"/> Cukrzyca | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Choroba sercowo-naczyniowa | Cardiovascular disease |
| <input type="checkbox"/> Przewlekła choroba płuc w wywiadzie | Chronic lung disease |
| <input type="checkbox"/> Przewlekła choroba wątroby w wywiadzie | Chronic liver disease |
| <input type="checkbox"/> Przewlekła choroba nerek w wywiadzie | Chronic kidney disease |
| <input type="checkbox"/> Długotrwały pobyt w placówce opiekuńczej lub domu opieki | Long-term stay in a nursing home or care facility |
| <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych | None of the above |

WSTECZ

DALEJ

Formularz kwalifikacji i zapisu na test w kierunku SARS-CoV-2



Objawy

Czy masz któryś z poniższych objawów?*

Można zaznaczyć kilka odpowiedzi.

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kaszel | Cough |
| <input type="checkbox"/> Gorączka | Fever |
| <input type="checkbox"/> Duszność | Dyspnea |
| <input type="checkbox"/> Objawy grypopodobne/przeziębieniowe | Flu-like/cold symptoms |
| <input type="checkbox"/> Uczucie znacznego zmęczenia | Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Ból mięśni | Muscle pain |
| <input type="checkbox"/> Dreszcze | Chills |
| <input type="checkbox"/> Ból głowy | Headache |
| <input type="checkbox"/> Biegunka | Diarrhea |
| <input type="checkbox"/> Nudności | Nausea |
| <input type="checkbox"/> Ból gardła | Sore throat |
| <input type="checkbox"/> Utrata węchu i/lub smaku | Loss of smell and/or taste |
| <input type="checkbox"/> Żadne z powyższych | None of the above |

WSTECZ

DALEJ 

Formularz kwalifikacji i zapisu na test w kierunku SARS-CoV-2



Wysokie ryzyko infekcji

Kwalifikujesz się do testu w kierunku SARS-CoV-2.

Możesz uzyskać zlecenie na test na dwa sposoby:

Zlecenie online

Zapisz się na test online. Aby to zrobić, potrzebujesz **profilu zaufanego**. Zlecenie na test zostanie **wystawione automatycznie w ciągu godziny**. Potwierdzenie otrzymasz w wiadomości SMS.

Zlecenie przez konsultanta

Wypełnij formularz zgłoszeniowy online.
Poczekaj na telefon od konsultanta Domowej Opieki Medycznej, który wystawi ci zlecenie na test (czas nawiązania kontaktu uzależniony jest od aktualnej liczby zgłoszeń).
Potwierdzenie otrzymasz w wiadomości SMS.

ONLINE ORDER

Online orders are only available to those with a trusted profile or "Profil Zaufany." This can be set-up through an in-person visit to your bank, however, if exhibiting symptoms, please use the phone order option below

PHONE ORDER

Once selected and submitted, you will need to complete the form that follows. After, you will receive a call from a "Home Medical Care" consultant who will issue a test order

SMS confirmation will be provided

WSTECZ

ZAPISZ SIĘ NA TEST





Ministerstwo Zdrowia

STOP COVID Formularz

Dane osobowe

Imię i nazwisko *	<input type="text" value="Wpisz..."/>	*First and last name
PESEL	<input type="text" value="Wpisz..."/>	PESEL number if you have one do NOT use the one on your student ID card
Numer dokumentu (w przypadku cudzoziemców)	<input type="text" value="Wpisz..."/>	*Passport number

Data urodzenia *

Proszę wybrać datę.

<input type="text" value="Wybierz..."/>	*Date of birth
---	----------------

Telefon *

<input type="text" value="Wpisz..."/>	Telephone number
---------------------------------------	------------------

Czy posiadasz zainstalowaną aplikację STOP COVID - ProteGO Safe? *

Można udzielić jednej odpowiedzi.

Tak

Nie

Obywatelstwo *

<input type="text" value="Wpisz..."/>	Citizenship (Country)
---------------------------------------	-----------------------

Dane adresowe

Województwo *	<input type="text" value="Wpisz..."/>	Province: Wielkopolska
Powiat *	<input type="text" value="Wpisz..."/>	County: Poznań
Gmina *	<input type="text" value="Wpisz..."/>	Municipality: Poznań
Miejscowość *	<input type="text" value="Wpisz..."/>	Region: ie: Jeżyce
Ulica *	<input type="text" value="Wpisz..."/>	Street:
Numer domu *	<input type="text" value="Wpisz..."/>	Apartment/room number:
Kod pocztowy *	<input type="text" value="Wpisz..."/>	Postal code:

Zawód medyczny *

 Select "Nie dotyczy" which means "not applicable" ▼

Wysłanie formularza wymaga poniższych zgód i oświadczeń: *

Należy zaznaczyć co najmniej 4 odpowiedzi.

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu, w tym danych dotyczących zdrowia. Dane przetwarzane są w celu kwalifikacji na test diagnostyczny w kierunku SARS-CoV-2.
- Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny pod numerem telefonu podanym w formularzu (o ile podano numer telefonu). Kontakt telefoniczny ma na celu przekazanie mi informacji o kwalifikacji na test diagnostyczny w kierunku SARS-CoV-2 oraz o wygenerowaniu zlecenia na test.
- Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych do pracowników infolinii PZU Zdrowie S.A oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane zostaną przekazane, aby pracownik infolinii mógł skontaktować się ze mną i wystawić zlecenie na test diagnostyczny w kierunku SARS-CoV-2.
- Oświadczam, że mam ukończone 18 lat (formularz przeznaczony jest wyłącznie dla osób powyżej 18 roku życia).
 - 1) I consent to processing of personal data in this form in order to qualify for a test
 - 2) I agree to being contacted by phone in order to schedule this test
 - 3) I consent to my personal data being shared with PZU and NFZ in order to schedule this test
 - 4) I certify that I am 18 years of age or older

Administratorem Twoich danych osobowych gromadzonych w tym formularzu jest Minister Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952), przy ul. Miodowej 15. Z administratorem można kontaktować się listownie, za pomocą poczty elektronicznej: kancelaria@mz.gov.pl lub za pośrednictwem platformy e-PUAP (adres skrytki): /8tk37sxx6h/SkrytkaESP. Więcej informacji o przetwarzaniu danych osobowych znajdziesz w klauzuli informacyjnej.

[Klauzula informacyjna](#)

After pressing this button, your form will be submitted and the online portion of this registration will be complete



Please wait to be contacted by phone for further direction

If it is not possible to arrange a COVID-19 test in accordance with one of the above provisions, students are asked to immediately provide proof of such information to covid@ump.edu.pl and a University official may assist further.