



UPITNIK ZA BOLESNIKE VEZAN ZA INFEKCIJU KORONAVIRUSOM

IME I PREZIME BOLESNIKA: _____

Ime i prezime skrbnika/zakonskog zastupnika: _____

1. Imate li simptome respiratorne bolesti:

- Povišena temperatura Kašalj Kratak dah Proljev/povraćanje Ništa

Datum početka bolesti: _____

2. Da li ste Vi ili netko Vama blizak u posljednjih 30 dana prije početka simptoma boravili izvan Hrvatske

- Da _____ Ne
Zemlja boravka

3. Da li ste u posljednjih 14 dana napuštali mjesto prebivališta/putovali unutar Hrvatske

- Da _____ Ne
Mjesto boravka

4. Jeste li bili u bliskom kontaktu s nekime tko je imao temperaturu, ili s oboljelim, ili osobama kod kojih postoji sumnja, ili je laboratorijski potvrđena infekcija koronavirusom, ili osobom kod koje su izrečene mjere samoizolacije

- Da Ne Nepoznato

5. Da li Vam je nedavno uzet bris na koronavirus (SARS-CoV-2). Ako da, kakav je bio nalaz

- Nije uzet bris Uzeti bris Kada? _____
 Negativan nalaz Pozitivan Još čekam nalaz

6. Da li imate ili ste imali izrečenu mjeru samoizolacije. Ako da, kada je završila

- Ne Da Datum kada? _____

Vlastoručni potpis pacijenta/skrbnika/zakonskog zastupnika

Datum: _____

Pod materijalnom i kaznenom odgovornošću svojim potpisom jamčim za istinitost svih gore navedenih podataka. Ovim putem izjavljujem da sam upoznat s činjenicom da će protiv mene, u slučaju utvrđenja neistinitosti nekog od gore navedenih podataka, biti poduzete sve pravne radnje u cilju naknade imovinske i neimovinske štete nastale Općoj bolnici Varaždin, te pokrenute sve radnje radi utvrđivanja moje kaznene odgovornosti.

Ova potvrda se izdaje na zahtjev Opće bolnice Varaždin i koristit će se kao dokaz sukladnosti pacijentovog zdravstvenog stanja sa smjernicama danima zdravstvenim ustanovama, a u cilju sprječavanja širenja zaraze koronavirusom (COVID-19)