



## UPITNIK ZA BOLESNIKE VEZAN ZA INFEKCIJU KORONAVIRUSOM

IME I PREZIME BOLESNIKA: \_\_\_\_\_

TEMPERATURA \_\_\_\_\_ °C

Ime i prezime skrbnika/zakonskog zastupnika: \_\_\_\_\_

**1. Imate li simptome respiratorne bolesti:**

- Povišena temperatura       Kašalj       Kratak dah       Proljev/povraćanje       Ništa

Datum početka bolesti: \_\_\_\_\_

**2. 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

**3. 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

**4. 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)