

**UPITNIK ZA BOLESNIKE**

Ime i prezime bolesnika: _____ Datum rođenja: _____

Datum popunjavanja upitnika: _____

Potpis radnika koji je postavio pitanja: _____

1. Jeste li u proteklih 14 dana imali kontakt s osobom zaraženom koronavirusom SARS CoV-2 i/ili osobom u samoizolaciji?

DA

NE

2. Jeste li preboljeli Covid -19 bolest?

DA

NE

3. Jeste li procijepljeni protiv bolesti Covid -19?

DA

NE

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem da su gore navedeni podaci točni i istiniti.

Potpis bolesnika: _____