

Zdravstveni upitnik 2020

Ime: _____

Datum rođenja: _____ Datum: _____

Zdravstveni upitnik za procjenu rizika od infekcije / COVID – 19

Da li ste u posljednjih 7 dana imali povišenu tjelesnu temperaturu?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Da li imate drhtavicu / zimicu / jezu?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Da li imate gubitak čula okusa i mirisa?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Imate li trajni kasalj?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Imate li grlobolju?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Imate li hunjavicu / kihavicu?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Imate li dijareju?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Da li Vase zdravstveno stanje u posljednjih 14 dana promijenilo?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Da li netko iz uze porodice ili druga prisna osoba boluje od gore navedenih simptoma?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Jeste li imali kontakt sa osobama kod kojih je COVID 19 nalaz pozitivan u posljednjih 14 dana?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Da li ste u posljednjih 14 dana imali kontakt sa nekim kod koga postoji sumnja na COVID-19 infekciju?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Da li imate pozitivan nalaz na COVID-19 u zadnjih 14 dana? Ako da, od kada? _____	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne

 Potpis pacijent

 HZ Zaposlenik