

## Zdravstveni upitnik

Ime: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

---

### Zdravstveni upitnik za procjenu rizika od infekcije / COVID – 19

Jeste li imali simptome prehlade u zadnjih 7 dana?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Jeste li imali kontakt sa osobama kod kojih je COVID 19 nalaz pozitivan u posljednjih 8 tjedana?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Da li ste u posljednjih 8 tjedana imali kontakt sa nekim kod koga postoji sumnja na COVID-19 infekciju? Ili članovi vaše obitelji ili ukućani trenutno imaju simptome koji ukazuju na infekciju COVID-19?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne
Jeste li već bili pozitivni na COVID-19? Ako da, od kada?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> ne

\_\_\_\_\_  
Potpis\_\_\_\_\_  
Potpis zaposlenika