

EPIDEMIOLOŠKI UPITNIK

Poštovana/i,

molimo Vas da sukladno Vašem znanju i savjesno popunite ovaj upitnik u svrhu ranog otkrivanja respiratornih infekcija, a pogotovo onih uzrokovanim SARS CoV-2.

A. JESTE LI SE PODVRGLI TESTIRANJU NA SARS-CoV-2 VIRUS? DA NE

1. Ako DA, koja vrsta testiranja:

- i. serološko (protutijela IgA / IgG / IgM)
- ii. brzi antigen test
- iii. PCR

2. Kada: _____

3. S kojim ishodom testiranja: _____

B. SIMPTOMI

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 1. Jeste li trenutno prehladeni (curenje nosa, upala grla itd.)? | DA <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> | |
| 2. Kašljete li ili imate druge probleme s dišnim sustavom? | DA <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> | |
| 3. Ostajete li bez daha? | DA <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> | |
| 4. Imate li povišenu tjelesnu temperaturu? | DA <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> | |
| 5. Osjećate li se slabo tj. umorno? | DA <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> | |
| 6. Jeste li zamijetili smanjene ili gubljenje osjeta okusa i/ili mirisa? | DA <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> | |
| 7. Imate li mučninu, proljev ili povraćate? | DA <input type="checkbox"/> | NE <input type="checkbox"/> | |

C. RIZIK I KONTAKTI

1. Jeste li zadnjih 14 dana putovali izvan granica RH DA NE
- i. Ako DA, gdje i koliko dugo? _____
2. Jeste li u zadnjih 14 dana imali kontakt s osobom kod koje je dokazana infekcija novim koronavirusom (SARS-CoV-2)? DA NE

D. UZORKOVANJE:

Datum: ____/____/2021. u ____:____ h

MOLI SE DODATNI NALAZ NA engleskom njemačkom talijanskom JEZIKU.

PCR - moguće opcije engl, njem, tal, ANTIGEN - moguća opcija engl



MOLIMO ISPUNITI VELIKIM SLOVIMA!

IME I PREZIME		M	Ž
DATUM ROĐENJA	OIB:		
ADRESA STANOVANJA	MJESTO STANOVANJA:		
TEL. KONTAKT	<i>Vlastoručni potpis:</i> Mjesto: _____ Datum: _____		
EMAIL KONTAKT			
MOLIMO ISPUNITI VELIKIM PISANIM SLOVIMA BEZ OBZIRA ŠTO JE VAŠA E-MAIL ADRESA PISANA m a l i m PISANIM SLOVIMA			

Svojim potpisom dajem suglasnost da se moji osobni podaci mogu koristiti u skladu sa Općom Uredbom o zaštiti podataka (GDPR) sukladno Informaciji o obradi podataka koja je sastavni dio ovog upitnika.

Specijalna bolnica za opću kirurgiju, internu medicinu, radiologiju, ginekologiju, neurologiju, psihijatriju, oftalmologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, laboratorijsku dijagnostiku, citologiju, otorinolaringologiju, urologiju, dermatologiju i venerologiju, ortopediju, medicinu rada i anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu AGRAM.

OIB 89719348767 RH | 10000 ZAGREB | Trnjanska cesta 108 | tel.: 0800 85 88 | e-mail: zagreb@agram-bolnica.hr

EPIDEMIOLOŠKI UPITNIK vrsta dokumenta: FORMULAR objava: 20.12.2020. v.1.1 revizija: 20.05.2021.

PRIVOLA - SUGLASNOST ZA OBRADU OSOBNIH PODATAKA

Ovime izjavljujem da sam pročitao/la i shvatio/la „Informacije o obradi osobnih podataka“ te sam suglasan/a s korištenjem mojih osobnih podataka u svrhu obavljanja osnovne djelatnosti Specijalne bolnice AGRAM.

- ✓ Suglasan/a sam da se moji osobni podaci spreme u sustav Specijalne bolnice AGRAM

DA NE

- ✓ Suglasan/a sam da mi se nalazi dostave na e-mail adresu

DA NE

- ✓ Upoznat/a sam s pravom i načinom povlačenja iskazane suglasnosti u svako doba.

DA NE

ime i prezime i vlastoručni potpis

OIB / identifikacijska isprava (broj)

Vaše osobne podatke prosljedit ćemo po potrebi trećim osobama, ali isključivo radi pružanja medicinskih usluga i u slučajevima predviđenim zakonskim odredbama. Vaši podaci će se obrađivati povjerljivo i s njima će se postupati u skladu s Općom uredbom o zaštiti podataka sukladno svrsi i pozitivnim propisima.