

Ime i prezime, godina rođenja: _____

Kontakt telefon: _____

TEMPERATURA: _____ °C

I. Jeste li zadnja dva tjedna boravili izvan Hrvatske?

DA _____ NE
ako da, molimo navesti gdje i u kojem periodu

II. Jeste li preboljeli COVID ?

DA _____ NE
ako da, molimo navesti kada

III. Jeste li cijepljeni?

DA _____ NE
ako da, 1 ili 2 doze (datum 2. doze)

IV. Jeste li bili u kontaktu s osobom kojoj je potvrđena infekcija koronavirusom ili je oboljela?

DA _____ NE
ako da, molimo navesti kada

V. Je li vam propisana mjera samoizolacije ?

DA _____ NE
ako da, molimo navesti datum početka samoizolacije

VI. Jeste li uzeli lijek protiv bolova, za snižavanje temperature ili antibiotik i kada?

DA _____ NE
ako da, navesti vrijeme uzimanja i vrstu lijeka

VII. Imate li ili ste zadnjih tjedan dana imali neki od simptoma:

Povišena tjelesna temperatura	DA	NE
Simptome prehlade (začepljen nos, curenje iz nosa)	DA	NE
Gubitak osjeta mirisa i/ili okusa	DA	NE
Kašalj	DA	NE
Poteškoće s disanjem	DA	NE
Opća slabost	DA	NE
Glavobolja ili grlobolja	DA	NE
Mučnina i/ili povraćanje i /ili proljev	DA	NE

U _____

Potpis
