

Ime i prezime, godina rođenja: \_\_\_\_\_

Vaš kontakt telefon ili email: \_\_\_\_\_

**Temperatura:** \_\_\_\_\_ °C

Molimo Vas označiti i dopuniti, ukoliko ste

☐ cijepljeni  
(zadnja doza (I/II/III) i datum \_\_\_\_\_)

☐ preboljeli COVID  
(molimo navesti kada \_\_\_\_\_)

☐ bili u kontaktu s osobom kojoj je potvrđena infekcija koronavirusom ili je oboljela  
(molimo navesti kada \_\_\_\_\_)

☐ uzeli lijek protiv bolova, za snižavanje temperature ili antibiotik  
(molimo navesti vrijeme uzimanja lijek \_\_\_\_\_)

☐ imate li ili ste u zadnja 2 tjedna imali neke od simptoma (kašalj, ostajete li bez daha, curenje nosa, grlobolja, mučnina, proljev, povraćanje, povišena temperatura, gubitak osjeta ili mirisa)

U \_\_\_\_\_

Potpis

\_\_\_\_\_