

TRIJAZNI OBRAZAC

IME I PREZIME	
DATUM ROĐENJA	
DATUM I VRIJEME PRIJEMA	
RAZLOG DOLASKA	

1. IMATE LI RESPIRATORNE SIMPTOME: NE DA

Ako ste zaokružili DA molimo Vas označite koje ste simptome imali:

- Povištena tjelesna temperatura, dan mjerenja _____, temperatura ____°C
- Nagli nastup otežanog disanja/kratak dah
- Nagli nastup suhog kašlja
- Grlobolja
- Bolovi u mišićima
- Proljev

2. DA LI STE U ZADNJIH 14 DANA IMALI BLIZAK KONTAKT S OSOBOM KOJA JE POZITIVNA NA COVID-19?

- DA
- NE

IZMJERENA TJELESNA TEMPERATURA U _____ SATI; _____ °C

Ovim potpisom potvrđujete istinitost podataka navedenih u ovom obrascu:

POTPIS KLIJENTA	
-----------------	--