

ПРАШАЛНИК ЗА ПАЦИЕНТИ ЗА ТЕСТ ЗА COVID-19

Ве молиме пополнете го прашалникот. Задолжително да се внесат сите барани податоци.

Име и презиме: _____ ЕМБГ: _____

Адреса на живеење: _____ Општина: _____ Град: _____

Контакт телефон: _____ E-mail: _____

1. ДАЛИ ВО МОМЕНТОВ ИМАТЕ НЕКОИ ОД СЛЕДНИВЕ СИМПТОМИ :

- А. Зголемена телесна температура
- Б. Болка во грло, кашлање, тешко дишење
- В. Замор, изнемоштеност

2. ДАЛИ СТЕ ИМАЛЕ КОНТАКТ СО СОМНИТЕЛЕН / ПОТВРДЕН СЛУЧАЈ НА COVID-19?

- А. ДА
- Б. НЕ

3. ДАЛИ ПРЕТХОДНО ИМАТЕ НАПРАВЕНО ДРУГ ТЕСТ ЗА COVID-19?

- А. ДА
- Б. НЕ

Под морална и кривична одговорност изјавувам дека наведените податоци се точни.

Своерачен потпис: _____ Дата: _____

Ви стоиме на располагање за сите дополнителни прашања и информации.

Благодариме за соработката.