

ZDRAVSTVENI UPITNIK ZA PRISTUP PRVENSTVU HRVATSKE U MAČEVANJU 2020. GODINE – FLORET I SABLJA

Izjavljujem kako ovaj zdravstveni upitnik ispunjavam iskreno i savjesno te ću na sva pitanja dati potpun i istinit odgovor. Odgovori dani u ovom upitniku vrijede u razdoblju 16. do 18. listopada 2020. godine, odnosno svi rokovi koji se spominju u istome, računaju se od navedenog dana.

IME OSOBE:		DATUM ROĐENJA:	
MAIL:		MOBITEL:	

Osoba ima temperaturu višu od 37,2: DA / NE

Jeste li pozitivni na COVID-19? DA / NE

Imate li prisutan kašalj? Ako da, je li suhi ili mokri? DA / NE

Boli li vas grlo? DA / NE

Šmrcate li, a da uzrok nisu alergije? DA / NE

Patite li od gubitka daha? DA / NE

Boli li vas u prsima? DA / NE

Imate li problema s proljevom? DA / NE

Imate li problema s malaksalošću? DA / NE

Patite li od gubitka osjeta mirisa ili njuha? DA / NE

Živate li u kućanstvu s nekim tko je pozitivan na COVID-19? DA / NE

Možete li se sjetiti da ste u posljednjih 14 dana bili u doticaju s osobom koja je pozitivna na COVID-19 ili ima simptome kompatibilne s COVID-19? DA / NE

Jeste li u razdoblju od posljednjih 14 dana boravili izvan EU-a? DA / NE

POTPIS: _____

DATUM: _____ 2020. g.

ZDRAVSTVENI UPITNIK ZA PRISTUP PRVENSTVU HRVATSKE U MAČEVANJU 2020. GODINE – FLORET I SABLJA

Izjavljujem kako ovaj zdravstveni upitnik ispunjavam iskreno i savjesno te ću na sva pitanja dati potpun i istinit odgovor. Odgovori dani u ovom upitniku vrijede u razdoblju 16. do 18. listopada 2020. godine, odnosno svi rokovi koji se spominju u istome, računaju se od navedenog dana.

IME OSOBE:		DATUM ROĐENJA:	
MAIL:		MOBITEL:	

Osoba ima temperaturu višu od 37,2: DA / NE

Jeste li pozitivni na COVID-19? DA / NE

Imate li prisutan kašalj? Ako da, je li suhi ili mokri? DA / NE

Boli li vas grlo? DA / NE

Šmrcate li, a da uzrok nisu alergije? DA / NE

Patite li od gubitka daha? DA / NE

Boli li vas u prsima? DA / NE

Imate li problema s proljevom? DA / NE

Imate li problema s malaksalošću? DA / NE

Patite li od gubitka osjeta mirisa ili njuha? DA / NE

Živate li u kućanstvu s nekim tko je pozitivan na COVID-19? DA / NE

Možete li se sjetiti da ste u posljednjih 14 dana bili u doticaju s osobom koja je pozitivna na COVID-19 ili ima simptome kompatibilne s COVID-19? DA / NE

Jeste li u razdoblju od posljednjih 14 dana boravili izvan EU-a? DA / NE

POTPIS: _____

DATUM: _____ 2020. g.