



Ime i prezime: _____
Datum rođenja: _____ god.
Kontakt telefon: _____

Anamneza

Molimo vas da odgovorite na postavljena pitanja zaokruživanjem

1. Razlog vaše posjete

A.) bol B.) Otok C.) Konsultacije D.) Drugo _____

2. Da li ste pušač

A.) Da B.) Ne Godina početka pušenja _____

3. Da li konzumirate alkohol

A.) Da B.) Ne Godina početka konzumiranja _____

4. Gojaznost

Upišite vašu tjelesnu težinu _____

5. Fizička aktivnost

A.) Mala B.) Srednja C.) Sportista

6. Masnoća u krvi

A.) Da B.) Ne

7. Krvni pritisak

A.) Da B.) Ne

8. Sklonost pojačanom krvarenju

A.) Da B.) Ne

9. Šećer u krvi (dijabetes)

A.) Da B.) Ne

10. Trudnoća

A.) Da B.) Ne

11. Alergija na lijekove

A.) Da B.) Ne Ukoliko jeste navesti koje: _____

12. Da li ste pod terapijom

A.) Da B.) Ne Ukoliko jeste navesti koja: _____

13. Da li imate hronično oboljenje

A.) Da B.) Ne Ukoliko jeste navesti koja: _____

PREVENTIVNE MJERE PROTIV ZARAZE COVID-19

14. Jeste li putovali u posljednjih 14 dana u rizična područja CRVENE ZONE – Kina, Italija, Španija?

A.) Da B.) Ne

15. Jeste li imali bilo kakve kontakte sa osobama koje su u posljednjih 14 dana boravile u gore navedenim područjima?

A.) Da B.) Ne

16. Jeste li u posljednjih 14 dana imali kontakt sa osobama koje su zaražene sa COVID-19?

A.) Da B.) Ne

17. Jeste li u posljednjih 14 dana imali povišenu temperaturu/respiratorne probleme (kašalj, kijanje), dijareju ili bilo kakve simptome gripa?

A.) Da B.) Ne

18. Jeste li u posljednjih 14 dana imalo kontakt sa osobama koje su u karatinu zbog zaraze?

A.) Da B.) Ne

19. Imate li danas povišenu temperaturu/respiratorne probleme (kašalj, kijanje), dijareju ili bilo kakve simptome gripa?

A.) Da B.)

Vaš potpis:

