

-obrazac-

IZJAVA POSJETITELJA PACIJENTA

Sukladno odredbama Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti („Narodne novine” 79/07, 113/08, 43/09 i 130/17) i Dopisu Ministarstva zdravstva, Klasa: 501-01/20-01/14, Ur.broj: 534-04-1-2/6-20-8 od 8. lipnja 2020. godine, u svezi preporuke Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za pristup posjetiteljima u bolničke ustanove, u svrhu sprečavanja širenja bolesti COVID-19 uzrokovane virusom SARS-CoV-2, dajem izjavu:

IME I PREZIME: _____,

ADRESA: _____,

OIB: _____,

BROJ TELEFONA: _____,

IME I PREZIME PACIJENTA KOJEMU SE IDE U POSJETU:

1. Imate li ukućana koji je u samoizolaciji? **DA** **NE**

2. Jeste li unutar prethodnih 14 dana boravili u područjima zahvaćenim korona virusom SARS-Cov-2? **DA** **NE**

3. Jeste li u proteklih 14 dana imali kontakt s pacijentom/osobom zaraženom virusom SARS-Cov-2, odnosno pacijentom/osobom koja ima ili je imala COVID-19? **DA** **NE**

4. Imate li neki od sljedećih simptoma: temperatura, kašalj, nedostatak zraka, grlobolja, curenje nosa? **DA** _____ **NE**

Navedene podatke Opća bolnica „Dr. Josip Benčević” Slavonski Brod može koristiti isključivo u svrhu provedbe javnozdravstvenih mjera za sprječavanje širenja zaraze koronavirusom.

/potpis posjetitelja/

Popunjiva Bolnica

Naziv Odjela: _____

Datum dolaska u posjetu: _____

Vrijeme dolaska posjetitelja _____

Vrijeme odlaska posjetitelja _____

/potpis službene osobe/