



KLINIČKA BOLNICA "MERKUR"

10000 ZAGREB, Zajčeva 19

Telefon: (01) 2353907

Klinika za ženske bolesti i porode

Dnevna bolnica za MPO

**UPITNIK ZA TRIJAŽU PACIJENATA UKLJUČENIH U POSTUPAK MEDICINSKI POMOGNUTE OPLODNJE
U VRIJEME COVID-19 PANDEMIJE**

Ime i prezime : **Datum rođenja :**

Adresa stanovanja: **Broj kartona :**

OIB : **Potpis pacijenta :**

Mjesto i datum :

Molimo Vas da na svako pitanje zaokružite istinit odgovor:

1. Jeste li bili bolesni unazad 2 tjedna? DA/NE
2. Imate li povišenu temperaturu ? DA/NE
3. Kašljete li? DA/NE
4. Osjećate li bol/peckanje u grlu? DA/NE
5. Jeste li izgubili osjet mirisa i/ili okusa? DA/NE
6. Jeste li bili u kontaktu s ikim tko ima bilo koji od gore navedenih simptoma? DA/NE
7. Jeste li putovali u područja s visokim rizikom od infekcije COVID-19 virusom? DA/NE
8. Jeste li zaposleni u nekoj zdravstvenoj ustanovi ili u domu za brigu o starima i nemoćnima? DA/NE
9. Jeste li bili u kontaktu s osobom kojoj je potvrđena infekcija COVID-19 virusom? DA/NE
10. Je li vama dijagnosticirana infekcija COVID-19 virusom? DA/NE
11. Živate li u zajedničkom kućanstvu s osobom kojoj je dijagnosticirana infekcija COVID-19 virusom ili ima neke od simptoma infekcije COVID-19 virusa (temperatura, kašalj, gubitak osjeta mirisa i okusa)? DA/NE
12. Ukoliko ste preboljeli infekciju COVID-19 virusom posjedujete li medicinsku potvrdu kojom dokazujete da ste zdravi? DA/NE
13. Bolujete li od neke kronične bolesti kao što su: dijabetes, bolesti dišnog sustava, kronična bubrežna bolest, itd.? DA/NE