

## 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 :

- A. Зголемена телесна температура
- B. Болка во грло, кашлање, тешко дишење
- B. Замор, изнемоштеност

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

A. ДА                      Б. НЕ

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

A. ДА                      Б. НЕ

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

Своерачен потпис: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Со својот потпис потврдувам дека резултатите од анализите може да се испратат на горенаведената е-маил адреса.

**Ви стоиме на располагање за сите дополнителни прашања и информации.**

Благодариме за соработката.