

ПРАШАЛНИК ЗА ПОСЕТИТЕЛИ ВО ВРСКА СО ИНФЕКЦИЈАТА НА КОРОНАВИРУС

Име и презиме:	Контакт телефон:
Адреса на живеење:	

1.	Дали вие или некој ваш близок патувал надвор од државата во последните 15 дена?  ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
2.	Дали сте имале близок контакт со лице кај кое е потврдена инфекција со коронавирус?  ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
3.	Дали во последните 15 дена имате почувствувано симптоми кои укажуваат на COVID-19 (зголемена температура, кашлица, отежнато дишење)?  ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>
4.	Дали во последните 15 дена ви е земен брис на коронавирус ? Доколку да, наведете резултат.  ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/> ПОЗИТИВЕН <input type="checkbox"/> НЕГАТИВЕН <input type="checkbox"/> ЧЕКАМ РЕЗУЛТАТ <input type="checkbox"/>

\*Овој прашалник се пополнува за да се намали потенцијалниот ризик од изложеност на инфекцијата на коронавирус. Со потпишување на овој прашалник гарантирам за точноста на податоците наведени во истиот.

Дата \_\_\_\_\_

Потпис (посетител) \_\_\_\_\_