

COVID-19 Анкетен прашалник за пациенти

Задолжително да се понесе пасош за идентификација.
Сите полиња да бидат пополнети на латиница како што е во пасошот.

Лични податоци

Име и презиме: _____

Татково име: _____

Дата на раѓање: _____

Машки Женски

ЕМБГ: _____

Број на пасош: _____

Место на раѓање: _____

Адреса и град на живеење: _____

Држава: _____

Email: _____

Телефон за контакт: _____

Симптоми

Датум на почеток на симптомите: _____

Клинички симптоми*(заокружете)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Температура | <input type="radio"/> Болки во граден кош |
| <input type="radio"/> Сува кашлица | <input type="radio"/> Вцрвенети очи |
| <input type="radio"/> Болки во грло | <input type="radio"/> Изнемоштеност |
| <input type="radio"/> Променет мирис/вкус | <input type="radio"/> Без Симптоми |

Причини за тестирање (заокружете)

А. За патување

Б. За прием во институција

В. Друго

Држава во која патувате: _____

Контакт со сомнително лице:

1. Да

2. Не

Потпис: _____

Дата: _____

