



UPITNIK ZA PACIJENTA U VREME TRAJANJA EPIDEMIJE COVID 19 VIRUSOM

Prezime i ime:		
Ime jednog roditelja:	Datum rođenja:	Pol: Ž M
Mobilni telefon:	Telefon bliske osobe:	
Fiksni telefon:	E-mail:	
Adresa i mesto stanovanja:		
Zanimanje:		
Izabrani stomatolog:		
Dijagnoza urgentnog stanja:		

- Da li ste u poslednjih 28 dana putovali u rizična područja ? DA NE
- Da li ste imali bilo kakve kontakte sa osobama koje su poslednjih 28 dana boravile u rizičnim područjima ? DA NE
- Da li ste poslednjih 28 dana imali kontakt sa osobama koje su zaražene sa COVID 19 ? DA NE
- Da li ste poslednjih 10 dana imali povišenu temperaturu, respiratorne probleme (kašalj, kijanje), dijareju ili bilo kakav simptom gripa ? DA NE
- Da li danas imate povišenu temperaturu, respiratorne probleme (kašalj, kijanje), dijareju ili bilo kakav simptom gripa ? DA NE
- Da li ste saglasni da vam se izvrši predložena intervencija? DA NE

Napomena: Stomatolog je preduzeo sve mere zaštite u skladu sa Preporukama državnih organa RS i Stomatološke Komore Srbije za stomatološke ordinacije tokom trajanja epidemije COVID 19.

Datum: _____ Potpis pacijenta (roditelja, staratelja) : _____

Potpis stomatologa : _____