Hrvatski (Croatian)

**UPITNIK ZA PROCJENU RIZIKA OD ZARAZE SARS-COV-2 (COVID-19)**

**IME I PREZIME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**KONTAKT TELEFONI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

UPUTE ZA ISPUNJAVANJE PRIJE DOLASKA NA PRETHODNO NARUČENI PREGLED:

• AKO JE ODGOVOR **DA**, JAVITI SE TELEFONOM RECEPCIJI ILI VLASNIKU SMJEŠTAJNOG OBJEKTA NA BROJ TELEFONA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• UPISATI DATUM I VRIJEME ISPUNJAVANJA OBRASCA

**• POTPISATI SE** NA DNU BRASCA

|  |  |
| --- | --- |
| **EPIDEMIOLOŠKA ANAMNEZA**  |  |
| JESTE BILI U BLISKOM KONTAKTU SA OSOBOM ZARAŽENOM SARS-COV-2 (COVID-19)?  | **DA NE** |
| STANUJETE LI, ILI STE BORAVILI U STANU ILI DRUGOM PROSTORU S OSOBOM POD MJEROM ZDRAVSTVENOG NADZORA / IZOLACIJE ILI SUMNJE NA COVID19?  | **DA NE** |
| JESTE LI TESTIRANI NA SARS-COV-2 (COVID-19)?  | **DA NE**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KLINIČKA ANAMNEZA**  |  |
| JESTE LI UNUTAR ZADNJA 2 TJEDNA IMALI BILO KOJI OD DALJE NABROJANIH SIMPTOMA BOLESTI, KOJI SE NAKON POJAVE ZADRŽAO DULJE OD JEDNOG DANA I ZA KOJI LIJEČNIK NIJE UTVRDIO RAZLOG:  |  |
| • kašalj  | **DA NE**  |
| • temperatura  | **DA NE** |
| • otežano disanje  | **DA NE** |
| • bolovi u mišićima  | **DA NE** |
| • gubitak osjeta njuha i okusa | **DA NE** |
| • glavobolja | **DA NE** |
| • zimica  | **DA NE** |
| • tzv.”crvene oči” - konjuktivitis  | **DA NE** |

SMJEŠTAJNI OBJEKT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DANA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SATI

VLASTORUČNI POTPIS

Engleski (English)

**SARS-COV-2 (COVID-19) RISK ASSESSMENT QUESTIONNAIRE**

**NAME AND SURNAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **CONTACT PHONE NUMBERS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

INSTRUCTIONS FOR COMPLETION:

• IF THE ANWSER IS **YES**, PLEASE CALL THE RECEPTION OR THE OWNER OF THE ACOMMODATION ESTABLISHMENT

• FILL IN THE DATE AND TIME OF COMPLETING THE FORM

• **SIGN** THE BOTTOM OF THE FORM

|  |  |
| --- | --- |
| **EPIDEMILOGICAL ANAMNESIS** |  |
| WERE YOU IN CLOSE CONTACT WITH A PERSON INFECTED WITH SARS-COV-2 (COVID-19)?  | **YES NO** |
| DO YOU LIVE OR HAVE STAYED IN AN APARTMENT OR IN OTHER SPACE WITH A PERSON UNDER A MEDICAL SUPERVISION / ISOLATION MEASURE OR SUSPICION OF COVID-19? | **YES NO** |
| HAVE YOU BEEN TESTED FOR SARS-COV-2 (COVID-19)? | **YES NO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CLINICAL ANAMNESIS** |  |
| DID YOU HAVE ANY OF THE BELOW MENTIONED SYMPTOMS WITHIN THE LAST 2 WEEKS THAT LASTED LONGER THAN ONE DAY AFTER MANIFESTING, THE CAUSE OF WHICH THE PHYSICIAN COULD NOT IDENTIFY: |  |
| • COUGH | **YES NO** |
| • FEVER  | **YES NO** |
| • DIFFICULTY BREATHING  | **YES NO** |
| • MUSCLE PAIN | **YES NO** |
| • LOSS OF SMELL AND TASTE | **YES NO** |
| • HEADACHE | **YES NO** |
| • CHILLS | **YES NO** |
| • ‘PINK EYE’ - CONJUNCTIVITIS  | **YES NO** |

ACOMMODATION ESTABLISHMENT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_HOURS

SIGNATURE

Njemački (Deutsch)

**FRAGEBOGEN ZUR RISIKOEINSCHÄTZUNG SARS-COV-2 (COVID-19)**

**VOR- UND NACHNAME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**KONTAKT-TELEFONNUMMERN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN:

• WENN SIE EINE ODER MEHR FRAGEN MIT JA BEANTWORTET HABEN, MELDEN SIE SICH BITTE TELEFONISCH AN DER REZEPTION ODER DEM INHABER DES UNTERKUNFTSOBJEKTS

• DATUM UND ZEIT DES AUSFÜLLENS DES FORMULARS EINTRAGEN

• DAS FORMULAR ZUM SCHLUSS UNTERZEICHNEN

|  |  |
| --- | --- |
| **EPIDEMIOLOGISCHE ANAMNESE** |  |
| HATTEN SIE KONTAKT ZU EINER PERSON, DIE MIT DEM CORONAVIRUS SARS-COV-2 (COVID-19) INFIZIERT WAR?  | **JA NEIN** |
| WOHNEN SIE, ODER HABEN SIE SICH IN EINER WOHNUNG ODER EINEM ANDEREN RAUM MIT EINER PERSON AUFGEHALTEN, DER GESUNDHEITLICHE AUFSICHT/ISOLATION ANGEORDNET WURDE ODER BEI DER VERDACHT AUF COVID-19 BESTEHT?  | **JA NEIN** |
| SIND SIE AUF SARS-COV-2 (COVID-19) GETESTET WORDEN?  | **JA NEIN** |

|  |  |
| --- | --- |
| **KLINISCHE ANAMNESE** |  |
| HATTEN SIE IN DEN LETZTEN ZWEI WOCHEN EINES DER UNTEN ANGEFÜHRTEN KRANKHEITSSYMPTOME, DIE NACH ERSCHEINEN LÄNGER ALS EINEN TAG ANHIELTEN UND FÜR DIE DER ARZT KEINE URSACHE FESTGESTELLT HAT: |  |
| • Husten  | **JA NEIN** |
| • Fieber | **JA NEIN** |
| • Atemnot | **JA NEIN** |
| • Muskelschmerzen | **JA NEIN** |
| • Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes | **JA NEIN** |
| • Kopfschmerzen | **JA NEIN** |
| • Schüttelfrost | **JA NEIN** |
| • sog. „rote Augen“ - Bindehautentzündung | **JA NEIN** |

UNTERKUNFTSOBJEKTOBJEKT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UHR

EIGENHÄNDIGE UNTERSCHRIFT

Talijanski (Italian)

**QUESTIONARIO PER VALUTARE IL RISCHIO DEL CONTAGIO DA SARS-COV-2 (COVID-19)**

**NOME E COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NUMERI TELEFONICI DI CONTATTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO:

• SE LA RISPOSTA È SÌ, CHIAMARE LA RECEPTION O IL PROPRIETARIO DELLA STRUTTURA RICETTIVA

• INDICARE LA DATA E L'ORA DI COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO

• APPORRE LA PROPRIA FIRMA IN CALCE AL QUESTIONARIO

|  |  |
| --- | --- |
| **ANAMNESI EPIDEMIOLOGICA** |  |
| SONO STATO A STRETTO CONTATTO CON UNA PERSONA AFFETTA DA SARS-COV-2 (COVID-19)? | **SÌ NO** |
| CONVIVO O HO SOGGIORNATO NELLA STESSA ABITAZIONE O IN UN ALTRO SPAZIO CHIUSO CON PERSONE SOTTOPOSTE A SPECIALE REGIME SANITARIO / ISOLAMENTO O CON PERSONE CHE SI SOSPETTA SIANO AFFETTE DA COVID-19? | **SÌ NO** |
| HO FATTO IL TEST PER IL SARS-COV-2 (COVID-19)? | **SÌ NO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANAMNESI CLINICA** |  |
| HO AVVERTITO NELLE ULTIME 2 SETTIMANE E PER PIÙ DI UNA GIORNATA UNO DEI SOTTO ELENCATI SINTOMI DELLA MALATTIA CHE, PERÒ, NON È STATO RICONOSCIUTO COME TALE DAL MIO MEDICO CURANTE: | **SÌ NO** |
| • tosse | **SÌ NO** |
| • febbre | **SÌ NO** |
| • difficoltà respiratorie | **SÌ NO** |
| • dolori muscolari | **SÌ NO** |
| • perdita dell’olfatto e del gusto | **SÌ NO** |
| • mal di testa | **SÌ NO** |
| • brividi di freddo | **SÌ NO** |
| • occhi arrossati - congiuntivite | **SÌ NO** |

NOME DELLA STRUTTURA RICETTIVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA AUTOGRAFA

Slovenski (Slovenian)

**VPRAŠALNIK ZA OCENO TVEGANJA ZA OKUŽBO S SARS-COV-2 (COVID-19)**

**IME IN PRIIMEK \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **KONTAKTNI TELEFONI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE:

• ČE JE ODGOVOR DA, SE JAVITE PO TELEFONU RECEPCIJI ALI LASTNIKU NAMESTITVENEGA OBJEKTA

• VPISATI DATUM IN ČAS IZPOLNJEVANJA OBRAZCA

• PODPIŠITE SE NA KONCU OBRAZCA

|  |  |
| --- | --- |
| **EPIDEMIOLOŠKA ANAMNEZA** |  |
| ALI STE BILI V TESNEM STIKU Z OSEBO OKUŽENO S SARS-COV-2 (COVID-19)?  | **DA NE** |
| ČE ŽIVITE ALI STE BILI SKUPAJ V STANOVANJU ALI V DRUGEM PROSTORU Z OSEBO, KI JE POD ZDRAVSTVENIM NADZOROM/V IZOLACIJI ALI S SUMOM NA COVID-19?  | **DA NE** |
| ALI STE TESTIRANI ZA SARS-COV-2 (COVID-19)? | **DA NE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **KLINIČNA ANAMNEZA** |  |
| ALI STE V ZADNJIH DVEH TEDNIH IMELI KATERI KOLI OD SPODAJ NAVEDENIH SIMPTOMOV BOLEZNII, KI JE POTEM TRAJAL VEČ KOT EN DAN IN ZA KATEREGA ZDRAVNIK NI UGOTOVIL RAZLOGA: | **DA NE** |
| • kašelj | **DA NE** |
| • temperatura | **DA NE** |
| • težko dihanje | **DA NE** |
| • bolečine v mišicah | **DA NE** |
| • perdita dell’olfatto e del gusto | **DA NE** |
| • glavobol  | **DA NE** |
| • mrzlica  | **DA NE** |
| • • tako imenovane ”rdeče oči” - konjuktivitis  | **DA NE** |

NAMESTITVENI OBJEKT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATUM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(VPIŠITE ČAS)

LASTNOROČNI PODPIS