

Pacient:

telefonska številka:

Vrsta obravnave:

UZ

RTG

Datum in ura obravnave:

Epidemiološki znaki ARI (na dan preiskave)		
povišana telesna temperatura	DA	NE
nahod	DA	NE
kašelj	DA	NE
slabo počutje	DA	NE
prebavne težave	DA	NE
vnetje oči	DA	NE
bolečine v grlu	DA	NE
stik z okuženo osebo v zdanjih 14 dneh	DA	NE

Podpis pacienta:

Podpis odgovorne osebe:
