

IZJAVA ZA BOLNIKE IN OBISKOVALCE PRED VSTOPOM NA ONKOLOŠKI INŠTITUT LJUBLJANA

Spoštovani,
z namenom, da bi na Onkološkem inštitutu Ljubljana čim bolj zmanjšali tveganje za pojav okužbe S COVID-19 in zagotovili nemoteno onkološko dejavnost v času epidemije, vas prosimo, da izpolnite ta vprašalnik.

Če ste preboleli COVID-19 ali ste bili cepljeni proti COVID-19, prinesite s seboj **pisno potrdilo**.

AKUTNA OKUŽBA pomeni, da je prisoten vsaj en od naštetih znakov: kašelj, kihanje, občutek polnega nosu z izcedkom, boleče žrelo, bolečine v mišicah, sklepih, težko dihanje, glavobol, izguba vonja ali okusa, povišana telesna temperatura (nad 37,5 °C).

1. ALI IMATE ZNAKE AKUTNE OKUŽBE? (ustrezno obkrožite)

DA NE

2. ALI STE BILI VI ALI ČLANI GOSPODINJSTVA V ZADNJIH 14 DNEH V TUJINI?

DA KJE? _____ NE

3.A ALI STE PREBOLELI / PREBOLEVATE OKUŽBO S COVID-19?

DA NE

Če DA, zagotovite pisno potrdilo z datumom pozitivnega testa.

3. B ALI STE CEPLJENI PROTI COVID-19?

DA NE

Če DA, zagotovite pisno potrdilo, ki vsebuje tip cepiva ter datum cepljenja 1. in 2. doze.

4. ALI IMA KDO OD ČLANOV VAŠEGA GOSPODINJSTVA ZNAKE AKUTNE OKUŽBE?

DA NE

5. ALI STE BILI V ZADNJIH 14 DNEH V STIKU Z OSEBO, KI JE IMELA / IMA SEDAŽ ZNAKE AKUTNE OKUŽBE?

DA NE

6. ALI STE BILI V ZADNJIH 14 DNEH V STIKU Z OSEBO S POTRjeno OKUŽBO COVID-19?

DA NE

Potrjujem, da sem seznanjen/a, da:

- sem dolžan/na dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem;
- bo Onkološki inštitut Ljubljana zoper posameznike, ki bodo podpisali neresnično izjavo, podal prijavo na pristojne organe;
- sem seznanjen/a s pravili o obdelavi osebnih podatkov, objavljenimi na <https://www.onko-i.si/onkološki-institut/o-nas/varstvo-osebni-podatkov>.

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Podpis: _____ V Ljubljani, dne _____