



HRVATSKI KICKBOXING SAVEZ

Natjecateljsko - registracijski odbor
Zdravstveni odbor

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

KICKBOXING KLUB: _____

Ime i prezime, godina rođenja: _____

Adresa: _____

Kontakt telefon: _____

Kontakt e-mail: _____

Izmjerena temperatura prilikom registracije / kontrolnog vaganja: _____ °C

Molimo čitko popuniti / zaokružiti odgovore na sljedeća pitanja:

1.	Jeste li u zadnjih 14 dana boravili izvan Hrvatske	DA	NE
1.1.	Ako je odgovor DA, nevedite gdje:		
2.	Jeste li u zadnjih 14 dana bili u kontaktu s osobom kojoj je potvrđena infekcija virusa COVID-19	DA	NE
3.	Jeste li u zadnjih 14 dana bili u kontaktu s osobom kojoj je propisana mjera samoizolacije zbog moguće infekcije virusom COVID-19	DA	NE
4.	Je li vam propisana mjera samoizolacije	DA	NE
5.	Jeste li u zadnjih 14 dana uzimali lijekove protiv bolova, za snižavanje temperature ili antibiotik	DA	NE
5.1.	Ako je odgovor DA, navedite koji lijek i kada:		

6. Jeste li u zadnjih 14 dana imali neki od sljedećih simptoma:

6.1.	Povišena tjelesna temperatura (37,2 °C ili više)	DA	NE
6.2.	Suhi kašalj	DA	NE
6.3.	Poteškoće s disanjem	DA	NE
6.4.	Gubitak osjeta njiha i okusa	DA	NE
6.4.	Opća slabost	DA	NE
6.5.	Bolovi u mišićima i zgbovima	DA	NE
6.6.	Glavobolja	DA	NE
6.7.	Grlobolja	DA	NE

U _____ Datum i vrijeme: _____

Potpis: _____

Napomena: *Popunjavanje svaki sudionik Prvenstva Hrvatske u kickboxingu, a popunjeni i potpisani obrazac predaje Natjecateljsko - registracijskom odboru HKBS-a prilikom registracije za natjecanja*