Zdravstvena organizacija

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZDRAVNIŠKO POTRDILO**

Oseba (ime in priimek)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rojena\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

stalno prebivališče\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(obkroži\*):

a) ima pozitivni izvid testa PCR na prisotnost SARS-CoV-2 v brisu, ki je starejši od 10 dni in je od zadnjega simptoma bolezni COVID-19 minilo več kot 48 ur ali

b) je prebolela COVID-19 in je od zadnjega simptoma bolezni COVID-19 minilo več kot 48 ur.

Potrjujem, da je oseba prebolela COVID-19.

Ime in priimek ter podpis zdravnika

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kraj \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Žig

*a) se nanaša na osebo, ki ima potrjeno okužbo z virusom SARS-CoV-2 s testom PCR in je od dneva odvzema brisa minilo 10 dni, poleg tega je od zadnjega simptoma bolezni COVID-19* *minilo več kot 48 ur. Za to osebo se šteje, da je prebolela COVID-19.*

*b) se nanaša na osebo pri kateri ob pojavu simptomov ni bil opravljen test na SARS-CoV-2, poleg tega je od zadnjega simptoma bolezni COVID-19 minilo več kot 48 ur. Za to osebo se šteje, da je prebolela COVID-19.*