

Zdravstvena organizacija

Naslov

ZDRAVNIŠKO POTRDILO

Oseba (ime in priimek) _____

rojena _____,

stalno prebivališče _____

(obkroži*):

a) ima pozitiven 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.