

PRILOGA 2

INDIVIDUALNA IZJAVA O BOLEZENSKIH ZNAKIH

Ime in priimek:

Naslov bivališča:

Delovno mesto:

Opis bolezenskih znakov:

Bolezniški znak	Da	Ne	Datum pojava
Bruhanje			
Driska			
Zlatenica			
Gnojne spremembe na koži, ob nohtih, očesni ječmen, gnojne rane			
Izcedek iz oči, ušes, nosu			
Bivanje v tujini			
Driska in/ali bruhanje v družini			

Če ste na katerokoli vprašanje odgovorili z DA, prosimo, da dodatno obrazložite vaše težave:

Potrdujem, da so odgovori na vprašanja ter dodatne informacije resnični.

Podpis osebe:

Datum:

Napoten na zdravniški pregled

da

ne

Podpis nosilca živilske dejavnosti oziroma odgovorne osebe:

Datum: