

**ANKETNI LIST ZA ZDRAVSTVENI PREGLED DRŽAVLJANA IZ TREĆIH ZEMALJA IZ VIZNOG REŽIMA U
SVRHU PRODULJENJA PRIVREMENOG BORAVKA U REPUBLICI HRVATSKOJ**
(HEALTH SCREENING QUESTIONNAIRE FOR THIRD-COUNTRY NATIONALS FROM VISA-REQUIRED
COUNTRIES APPLYING FOR AN EXTENSION OF TEMPORARY STAY IN THE REPUBLIC OF CROATIA)

1. Ime i prezime (*Name and surname*): _____
2. OIB (*Personal Identification Number*): _____
3. Datum rođenja (*Date of birth*): _____
4. Nacionalnost/državljanstvo (*Nationality/Citizenship*): _____
5. Adresa boravišta u RH (*Address of residence in Croatia*): _____

6. Zanimanje (*Occupation*): _____
7. Datum prvog dolaska u RH (*Date of first arrival to Croatia*): _____
8. Zadnje putovanje izvan RH – naziv države, datum odlaska i datum povratka u RH (*Last trip outside of Croatia – name of the country and date of departure and date of return to Croatia*): _____

9. Osoba se već liječi od zaraznih bolesti (*Already being treated for an infectious disease*):

Tuberkuloza (<i>Tuberculosis</i>)	DA (YES)	NE (NO)
-------------------------------------	----------	---------

Hepatitis B (<i>Hepatitis B</i>)	DA (YES)	NE (NO)
------------------------------------	----------	---------

Hepatitis C (<i>Hepatitis C</i>)	DA (YES)	NE (NO)
------------------------------------	----------	---------

HIV (<i>HIV</i>)	DA (YES)	NE (NO)
--------------------	----------	---------

Trbušni tifus (<i>Typhoid fever</i>)	DA (YES)	NE (NO)
--	----------	---------

Ostale zarazne bolesti (<i>Other infectious diseases</i>)	DA (YES)	NE (NO)
---	----------	---------

Ako da, navesti koje (*If yes, specify which ones*): _____

10. Prisutnost sljedećih simptoma (*Presence of the following symptoms*):

Dugotrajni kašalj - dva tjedna i dulje (<i>Long-lasting cough - two weeks or longer</i>)	DA (YES)	NE (NO)
--	----------	---------

Povišena tjelesna temperatura (<i>Elevated body temperature</i>)	DA (YES)	NE (NO)
--	----------	---------

Gubitak apetita i mršavljenje (<i>Loss of appetite and weight loss</i>)	DA (YES)	NE (NO)
---	----------	---------

Noćno znojenje (<i>Night sweats</i>)	DA (YES)	NE (NO)
--	----------	---------

Proljevaste stolice (<i>Loose stools</i>)	DA (YES)	NE (NO)
---	----------	---------

Povraćanje (<i>Vomiting</i>)	DA (YES)	NE (NO)
--------------------------------	----------	---------

11. Alergije:

Na hranu, npr. jaja (<i>Food allergies, e.g. eggs</i>):	DA (YES)	NE (NO)
---	----------	---------

Na lijekove (<i>Drug allergies</i>)	DA (YES)	NE (NO)
---------------------------------------	----------	---------

Ako da, navesti koje (*If yes, specify which ones*): _____

Na cjepiva (<i>Vaccine allergies</i>)	DA (YES)	NE (NO)
---	----------	---------

Ako da, navesti koje (*If yes, specify which ones*): _____

Na pregled sa sobom ponijeti slijedeće (Following needs to be brought to the examination):

- Ispunjenu Uputnicu koju Vam je izdao poslodavac (*A completed referral letter issued by your employer*)
- Putovnicu ili drugi identifikacijski dokument (*Passport or another identification document*)
- Medicinsku dokumentaciju vezanu za zarazne bolesti – u slučaju stranog jezika, prevedeno na hrvatski (*Medical documentation related to infectious diseases - in case of foreign language, translated to Croatian*)
- Medicinsku dokumentaciju o provedenom cijepljenju (*Vaccination records*)
- Ispunjen i potpisan Anketni obrazac (*A completed and signed Health screening questionnaire*)
- Uzorak stolice u sterilnoj posudici (uzorak treba biti svjež – uzet istoga dana) (*Stool sample in a sterile container (sample should be fresh – taken on the same day)*)

U (Place) _____

Datum (Date): _____ 2026.

Vlastoručni potpis (Signature):
