

VPRAŠALNIK: Nepravočasno in/ali neustrezno zdravljenje kovida

Če se je vam ali vašim bližnjim zaradi nepravočasnega in/ali neustreznega zdravljenja kovidne bolezni poslabšalo zdravje, izpolnite ta vprašalnik in nam ga pošljite po pošti na naslov: **Društvo za zaščito človeka in njegovih pravic Slovenije (za OZZ), Regentova ulica 6, 2000 Maribor**. Za nasvet ali tehnično pomoč pri prijavi nas kontaktirajte na info@odgovoren-za-zdravje.si.

(1) OSEBNI PODATKI IN SOGLASJE

Vsi osebni podatki bodo obdelani in varovani kot zaupni, v skladu z zakoni in predpisi s področja varstva podatkov. Za več informacij glede varstva in obdelave podatkov si preberite **pogoje uporabe spletne strani** (<https://odgovoren-za-zdravje.si/varstvo-podatkov>).

Podatki o prijavitelju:

Ime:	Priimek:
E-naslov:	Telefonska številka (neobvezno):

Podatki o osebi, za katero poročate:

<p>Za koga poročate?</p> <p><input type="checkbox"/> zase</p> <p><input type="checkbox"/> za sorodnika</p> <p>(podatki o osebi, za katero poročate)</p> <p>Spol:</p> <p><input type="checkbox"/> moški</p> <p><input type="checkbox"/> ženska</p> <p>Starost ob okužbi z virusom Sars-Cov-2:</p> <p>_____ let</p>	<p>(izpolnite, če poročate za sorodnika)</p> <p>Ali imate soglasje osebe, za katero poročate, ste njen zakoniti zastopnik oz. imate soglasje zakonitega zastopnika?</p> <p><input type="checkbox"/> DA</p> <p><input type="checkbox"/> NE</p> <p>V kakšnem sorodstvenem razmerju je oseba do vas?</p> <p>_____</p> <p>(izpolnite le, če imate soglasje osebe)</p> <p>Ime in priimek:</p> <p>_____</p>
--	--

IZJAVA PRIJAVITELJA:

S svojim podpisom **potrjujem**, da sem seznanjen in se strinjam s splošnimi pogoji uporabe spletne strani in varstva podatkov ter **izjavljam**, da vse osebne, zdravstvene in druge podatke v okviru tega vprašalnika posredujem popolnoma prostovoljno (ali imam za to soglasje druge osebe oz. sem njen zakoniti zastopnik oz. imam soglasje zakonitega zastopnika te osebe) in **jamčim** za njihovo verodostojnost. **Če nimam soglasja osebe, za katero poročam, jamčim** tudi, da bom ohranil anonimnost osebe oz. ne bom posredoval njenih občutljivih osebnih podatkov. Soglašam, da mi preko sistema za pošiljanje elektronskih sporočil pošiljate pomembne informacije in obvestila, od katerih se lahko kadarkoli odjavim.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

(2) POROČILO O TEŽAVAH

Če boste pri kakšnem od vprašanj potrebovali več prostora, nadaljujte na 3. strani.

1. Kolikokrat in kako ste preboleli covid? Koliko časa ste okrevali?

2. Ali ste cepljeni in s koliko odmerki? Ste preboleli covid pred ali po cepljenju?

3. Kakšne zdravniške obravnave ste bili deležni? Ste dobili zdravila in katera?

4. Ali ste se zdravili sami? Kako? Kje ste dobili napotke?

5. Ali ste jemali zdravili ivermektin in/ali hidroksiklorokin? Kako ste do njiju prišli?

6. Ste uživali kakšne preventivne prehranske dodatke? Ste jemali še kakšna zdravila za zdravljenje kovida, ki jih niste dobili od zdravnika? Kako ste do njih prišli?

Hvala za vaše sodelovanje in zaupanje.

Skupina Odgovoren za zdravje

