



Datum: 29. 4. 2020

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV PRED OBRAVNAVO V AMBULANTI\* (vsa vprašanja se nanašajo tudi na obdobje preteklih 14 dni):**

Ime in priimek pacienta: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

	<b>VPRAŠANJE</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
1.	Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?		
2.	Ali ste prehlajeni?		
3.	Ali kašljate?		
4.	Vas boli v grlu, žrelu?		
5.	Imate spremenjen okus ali vonj?		
6.	Imate glavobol?		
7.	Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?		
8.	Imate bolečine v mišicah?		
9.	Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		
10.	<b>Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?</b>		
11.	Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19?		
12.	Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci, sošolci, sopotniki...)?		
13.	Ali imate aktivno karantensko odločbo; ste bili v zadnjih 14. dneh v državi na rdečem seznamu (BIH, Srbija, Kosovo, Severna Makedonija, Črna Gora, Albanija,..)		

**\* V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto PO TELEFONU**

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

\_\_\_\_\_