



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: _____

| | VPRAŠANJE | DA | NE |
|-----|---|-----------|-----------|
| 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 občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu? | | |
| 7. | Imate bolečine v mišicah? | | |
| 8. | Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)? | | |
| 9. | Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave? | | |
| 10. | Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19? | | |
| 11. | Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci, sošolci, sopotniki...)? | | |
| 12. | 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:
