



## **VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV PRED OBRAVNAVO V AMBULANTI\***

(vsa vprašanja se nanašajo na obdobje preteklih 14 dni):

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

Naslov: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

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

### **VPRAŠANJA**

- |                                                                                                                       |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?                                                                  | DA | NE |
| 2. Ali ste prehlajeni?                                                                                                | DA | NE |
| 3. Ali kašljate?                                                                                                      | DA | NE |
| 4. Vas boli v grlu, žrelu?                                                                                            | DA | NE |
| 5. Imate spremenjen okus ali vonj?                                                                                    | DA | NE |
| 6. Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?                                                         | DA | NE |
| 7. Imate bolečine v mišicah?                                                                                          | DA | NE |
| 8. Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)?                                                                       | DA | NE |
| 9. Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?                                                                      | DA | NE |
| 10. Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19?                                                                       | DA | NE |
| 11. Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci, sošolci, sopotniki ...)? | DA | NE |
| 12. Ali ste bili v zadnjih 14. dneh na rumenih ali rdečih območjih?                                                   | DA | NE |

\* V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulantno PO TELEFONU **051 642 922**

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:

\_\_\_\_\_