



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 rdečih območjih? | DA NE |

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

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:
