



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)?		

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

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb: _____



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)?		

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

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb: _____