

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTA PRED OBRAVNAVO V
AMBULANTI V ČASU PANDEMIJE COVID-19**

Ime in priimek pacienta: _____

Datum: _____

Vsa vprašanja se nanašajo na **TREUTNO STANJE** in **NA OBDOBJE PRETEKLIH 14 DNI** !

	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 (driska 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 je na katerokoli vprašanje odgovor DA, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z zdravnikom.

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb!
