

**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 TRENTNO STANJE in NA OBDOBJE PRETEKLIH 14 DNI !**

	<b>VPRAŠANJE</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
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.	<b>Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?</b>		
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!**

\_\_\_\_\_