

VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTA PRED OBRAVNAVO V AMBULANTI

Ime in priimek pacienta: _____

Datum: _____

Vprašanja 1.-11. se nanašajo na TRENTNO STANJE in NA OBDOBJE PRETEKLIH 14 DNI !

V ZD Ljubljana se trudimo zagotoviti varno obravnavo vseh pacientov, k temu pripomorete tudi Vi z navajanjem resničnih podatkov. Hvala!

	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 voh?		
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 z okuženo osebo ali potencialno okuženo osebo s SARS-CoV-2 virusom (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci,...)?		
12.	Izpolnujem pogoj PCT (obkrožite): P – prebolel/-a C – cepljen/-a T – testiran/-a		

V kolikor ste na katero od vprašanj 1. - 11. odgovorili z DA, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte v ambulanti, kjer ste naročeni.

Potrjujem, da sem seznanjen/-a, da:

- sem dolžen/-a dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oz. zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične podatke v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem*;
- se ta vprašalnik hrani 1 mesec po obravnavi.

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb!

(podpis)

*V skladu s 54. členom Zakona o nalezljivih boleznih je navajanje neresničnih podatkov **prekršek** in skladno s 177. členom Kazenskega zakonika **kaznivo**.