

**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 rojstva: |  |
| Telefonska št.: |  | Datum pregleda: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **VPRAŠANJE**  | **DA** | **NE** |
| 1.  | Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5º 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, sodelavci, sošolci, sopotniki,…)?  |   |   |
| 12.  | Izpolnjujem pogoj PCT (obkrožite): P – prebolel/-a C – cepljen/-a T – testiran-/a |  |  |

**V kolikor ste na katerokoli vprašanje od 1-11 odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto PO TELEFONU**

**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:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_