

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV PRED OBRAVNAVO V
AMBULANTI**

Ime in priimek pacienta: _____

Vprašanja 1.-10. se nanašajo na obdobje preteklih <u>10 dni</u>		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 (drisko ali bruhanje)?		
9.	Ste imeli pozitiven bris na COVID-19?		
10.	Ste bili v stiku z osebo, ki je okužena ali potencialno okužena s COVID-19 (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci...)?		

11.	Ali ste preboleli COVID-19?		
	V kolikor je odgovor DA, kdaj je bil nastop simptomov? _____		

12.	Ali ste cepljeni proti COVID-19?		
	V kolikor je odgovor DA, s katerim cepivom? Comirnaty (Pfizer) Spikevax (Moderna) Vaxzevria (AstraZeneca) Janssen Drugo: _____ Datum prejema 1. odmerka: _____ Datum prejema 2. odmerka: _____		

Kot stik z okuženo osebo se ne šteje stika zdravstvenih delavcev v ustrezni osebni varovalni opremi z okuženimi ali potencialno okuženimi pacienti pri izvajanju zdravstvene dejavnosti.

V kolikor ste na katero od vprašanj 1. – 10. odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z zdravnikom oz. ambulanto PO TELEFONU.

Potrjujem, da sem seznanjen/-a, da:

- sem zavezan/a dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oz. zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične podatke v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem,
- 57. člen Zakona o nalezljivih boleznih za kršitev ukrepa osamitve ali ukrepa karantene določa globo v višini 400 do 4000 evrov,
- 177. člen Kazenskega zakonika v primeru kršitve predpisov ali odredb, s katerimi pristojni organ odredi pregled, razkuženje, izločitev bolnikov ali kakšne druge ukrepe za zatiranje ali preprečevanje nalezljivih boleznih pri ljudeh, določa denarno ali zaporno kazen, če kršitelj s svojim ravnanjem povzroči, da se nalezljiva bolezen razširi.

Datum:

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:

PONOVNI OBISK AMBULANTE: V kolikor so vsi odgovori enaki, dopišite samo nov datum in podpis. Če je katerekoli odgovor drugačen, morate izpolniti nov vprašalnik.

Datum:

Podpis:
