



ZDRAVSTVENI DOM
TREBNJE
GOLIEV TRG 3,
8210 TREBNJE

Tel: 07 34 81 740
Fax: 07 34 81 769
<http://www.zd-tr.si>
mail: zd.trebnje@siol.net

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: _____

	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 (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)?		
12.	Ali ste bili zadnjih 14 dni v eni izmed držav, ki so na rdečem seznamu (Hrvaška, BiH, Srbija, Kosovo, Albanija, Črna gora, Severna Makedonija, Španija,..)		

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

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb. V primeru napačnih informacij in splošnega ogrožanja zdravja ljudi bomo to prijavili pristojnim inštitucijam.

Podpis: _____

Izmerjena telesna temperatura: _____