

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

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

\_\_\_\_\_