



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

T: 01 478 60 01

F: 01 478 60 58

E: gp.mz@gov.si

www.mz.gov.si

Priloga 1

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

Vprašanja se nanašajo na obdobje 14 dni pred datumom zdravstvene obravnave.

Ime in priimek pacienta: _____

Datum obravnave: _____

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?		
2.	Ste prehlajeni?		
3.	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 pozitiven izvid testa na okužbo z virusom SARS-CoV-2 oziroma na bolezen COVID-19?		
11.	Ste bili v stiku z okuženo osebo (oboleli svojci, sostanovalci ali sodelavci)*?		
12.	Ste bili v stiku s potencialno okuženo osebo (oboleli svojci, sostanovalci ali sodelavci)*?		

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

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:

Obrazec se hrani mesec dni po obravnavi.