

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV  
PRED OBRAVNAVO V AMBULANTI (vsa vprašanja se nanašajo na obdobje  
preteklih 14 dni):**

**IME IN PRIIMEK PACIENTA:** \_\_\_\_\_

**DATUM:** \_\_\_\_\_

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	Imate povišano telesno temperaturo (nad 37)?		
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 pozitiven bris na Covid-19?		
11.	Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci)?		

**\*V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, vam ne bo dovoljen vstop v objekt Zdravstvenega doma Brežice. V tem primeru pokličite svojega osebnega zdravnika in se z njim dogovorite za nadaljnjo obravnavo.**

**VPRAŠALNIK SE VLOŽI V ZDRAVSTVENI KARTON PACIENTA.**

**PODPIS PACIENTA – s podpisom potrujem resničnost vseh navedb:**

\_\_\_\_\_