**Priloga 1:**

**NAVODILA PRED ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO**

Zaradi zagotavljanja Vaše varnosti in varnosti zdravstvenih delavcev v času epidemije COVID19, morate **en dan pred predvidenim terminom** prihoda na stacionarno zdraviliško zdravljenje izpolniti priloženi **anketni vprašalnik**. Vprašalnik je priloga tega spremnega pisma, prav tako pa je dostopen na spletni strani družbe Thermana, d.d. [www.thermana.si](http://www.thermana.si). Prosimo vas, da izpolnite osebne podatke ter osenčena polja v tabeli. Pod vsako vprašanje izberete en odgovor (DA ali NE). Ostale stolpce tabele izpolni naše osebje na dan vašega prihoda. Ob tem Vas opozarjamo, da ste dolžni, v skladu s 54. členom **Zakona o pacientovih pravicah** posredovati resnične informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem, ki so vam znane in so pomembne za nadaljnjo zdravstveno oskrbo in da ste v skladu z 20. členom **Zakona o nalezljivih boleznih**, v primeru neresničnih podatkov lahko kaznovani z globo za prekršek. Predhodno izpolnjen vprašalnik **prinesite s seboj**.

**Brez v celoti izpolnjenega anketnega vprašalnika vstop v zdravilišče**

**NE bo možen!**

1. Če imate kot pacient/ka katerega od naštetih znakov, nam to sporočite na navedeno telefonsko številko ambulante **03/ 734 5128** ali **080 81 19** in glede ev. potrebnega zdravljenja kontaktirajte izbranega osebnega zdravnika. **V roku najmanj 14 dni** Vas bomo ponovno kontaktirali in **Vam v skladu z razpoložljivimi termini posredovali nov termin.**
2. Če ima katerega od naštetih znakov kdo od svojcev v skupnem gospodinjstvu, nam to sporočite na navedeno telefonsko številko ambulante in **v roku najmanj 7 dni Vam bomo v skladu z razpoložljivimi termini posredovali nov termin.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis pacienta, datum in ura)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis triažne medicinske sestre, datum in ura)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis zdravnika, datum in ura)