

ANKETNI VPRAŠALNIK PRED ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO

IME IN PRIIMEK PACIENTA: _____

DATUM ROJSTVA: _____

DATUM IZPOLNJEVANJA: _____

DATUM OBRAVNAVE: _____

Zap. št.	Vprašanje	Dan pred prihodom (izpolni pacient)		Na dan prihoda (izpolni MS)		Na dan prihoda (potrdi zdravnik)	
		DA	NE	DA	NE	DA	NE
1.	Ali imate povišano telesno temperaturo (nad 37,0°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 opremi z okuženimi ali potencialno okuženimi pacienti pri izvajanju zdravstvene dejavnosti.

PODPIS (s podpisom potrjujem resničnost vseh navedb): _____

Obrazec se hrani mesec dni po obravnavi.