



**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA  
STANJA PACIENTA PRED OBRAVNAVO V AMBULANTI**  
(vsa vprašanja se nanašajo na obdobje 14 dni pred datumom  
zdravstvene obravnave)



REPUBLIKA SLOVENIJA  
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE  
Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

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

DATUM OBRAVNAVE: \_\_\_\_\_

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?		
2.	Ali 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)*?		

13.	Pogoji za vstop v ZD Ljutomer	<b>PCT</b>	<b>NUJEN</b>	<b>NE IZPOLNJUJE</b>
-----	-------------------------------	------------	--------------	----------------------

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

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

\_\_\_\_\_  
(podpis)

Obrazec se hrani mesec dni po obravnavi.